

Forskningsrapport nr. 164 / 2014
Research report no. 164 / 2014

Kollegapaternalisme og kompetanseoverstyring i ambulansetjenester

Av
Halvor Nordby



**Høgskolen
i Lillehammer**

Lillehammer University College • hil.no

For fullstendig oversikt over publikasjonene i HiLs skriftserie se
http://hil.no/hil/biblioteket/forskning_og_publicisering/skriftserien_ved_hil

Kr. 100,-

ISSN 0806-8348
ISBN 978-82-7184-368-7

Alle synspunkter står for forfatterne sin regning. De må ikke tolkes som uttrykk for oppfatninger som kan tillegges Høgskolen i Lillehammer. Denne artikkel kan ikke reproduseres - helt eller delvis - ved trykking, fotokopiering eller på annen måte uten tillatelse fra forfatteren.

Any views expressed in this article are those of the authors. They should not be interpreted as reflecting the views of Lillehammer University College. This article may not be reprinted in part or in full without the permission of the author.

Kollegapaternalisme og kompetanseoverstyring i ambulansetjenester

halvor.nordby@hil.no

Sammendrag. *Bakgrunn.* Som i andre helsefaglige virksomheter kan det oppstå konflikter og dårlig samhandling mellom kolleger i ambulansetjenester. En variant av dette kan betegnes som *kollegapaternalisme* – når én på den operative enheten blir så overstyrende i pasientarbeidet at kolleger ikke blir inkludert i beslutningsprosesser rundt handlingsvalg. I enkelte situasjoner kan overstyring av kollegers vurderinger være begrunnet, men ensidig og systematisk overstyring kan lett føre til at den beste kompetansen ikke styrer handlingsvalg, at pasienter ikke får den beste hjelpen enheten kan tilby dem, og at profesjonsutøvere som trenger ferdighetstrening ikke får praksisen de bør ha. *Problemstilling.* Rapporten presenterer en undersøkelse av hvordan fire grupper av ambulanspersonell har opplevd å bli overstyrt uten saklig grunn. Målet var å forstå om de har opplevd at deres egen kompetanse har blitt undertrykt og, i så fall hvordan det har skjedd. *Undersøkelsen.* Det ble utført dybdeintervjuer med ti personer i hver av kategoriene lærlinger, vikarer, fagarbeidere med lite erfaring og nyutdannede fra paramedic-utdanningene. *Funn.* Resultatene viste at en betydelig andel hadde opplevd systematisk overstyring de oppfattet som ubegrunnet. Mange hadde forsøkt å ta det opp med makker eller ledelse, men det endte ofte med konflikter. Opplevelsene av usaklig overstyring var jevnt fordelt i de fire gruppene, og kunne ikke knyttes til variabler som kjønn eller alder. Når det gjaldt dem som utførte overstyring ble eldre fagarbeidere med lang erfaring fremhevet. Funnene indikerte også at det er mest undertrykking av kompetanse i distriktene. *Diskusjon.* Undersøkelsen bør være spesielt tankevekkende for dem som jobber med yngre og nyutdannede. På personnivå bør hver enkelt gå i seg selv og vurdere hvordan man kan legge til rette for reelt samarbeid. På systemnivå bør det iverksettes tiltak som gjør at den beste kompetansen kommer til uttrykk slik at pasienter får best mulig hjelp, uavhengig av titler, fartstid og personlig prestisje. Det har liten hensikt å bruke store ressurser på å trene opp personell gjennom kompetansehevede tiltak som paramedic-utdanninger, hvis kompetansen holdes nede i det operative arbeidet.

Emneord: Ambulansetjenester, samhandling, kompetanseutvikling, paternalisme, kommunikasjon, pasientsikkerhet

Forord

Denne forskningsrapporten presenterer funn i en kvalitativ undersøkelse om samhandling mellom ambulansepersonell med ulike kompetanseplattformer. Hovedmålet med undersøkelsen var å forstå hvordan unge og nyutdannede opplever samarbeid med kolleger som har lang fartstid i tjenestene. Å forstå disse opplevelsene er viktig av flere grunner, men to bør fremheves:

1. Godt samarbeid på ambulansenheter er spesielt avgjørende for kvaliteten på teamarbeid i akutsituasjoner der tidsnød og ressursbegrensninger er avgjørende faktorer.
2. Det jobber så å si alltid to profesjonsutøvere - makkere - på hver ambulansenhet. For å skape komplementerende team, er de ofte satt sammen på tvers av variabler som alder, kjønn, erfaring og kompetansegrunnlag.

Ved å skape samarbeidsrelasjoner mellom personell med ulike ståsteder, er hensikten å skape tospann der partene utfyller hverandre kompetansemessig, slik at enheten til sammen har en bedre beredskap enn det hver enkelt har: Ved at den beste kompetansen hele tiden kommer til uttrykk i det operative arbeidet, er intensjonen at pasientene får den beste hjelpen enheten kan gi dem, slik at kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt så godt som realistisk mulig.

Men fungerer ordningen i henhold til intensjonene? Forskningsrapporten presenterer funn som virker nedslående. Ut fra intervjuer med 10 ambulansepersonell fra hver av gruppene lærlinger, vikarer, nyutdannede fagarbeidere og uteksaminerte studenter fra paramedic-utdanninger, er det mye som taler for at kollegaoverstyring og undertrykking av kompetanse er relativt utbredte fenomener. 40 respondenter er ikke mange i en kvantitativ målestokk, men innenfor et kvalitativt rammeverk utgjør funnene som presenteres i rapporten et godt grunnlag for å konkludere med at ubegrunnet *kollegapaternalisme* – overstyring av kollegers kompetanse – er et tema som bør tas på alvor.

Som forklart nærmere under bør resultatene av undersøkelsene lede til tiltak på systemnivå og selvransakelse hos hver enkelt – spesielt hos dem som er fartøysjefer for nye i tjenestene. Funnene bør avgjort også lede til mer omfattende forskning som mer presist kan

dokumentere omfanget av 'enmannsshow i ambulansene' som en av informantene treffende beskrev det som skjer når en på bilen blir for dominerende i pasientarbeidet.

Erlend Schell Steen har vært til stor hjelp med å samle inn en god del av dataene til rapporten og bør takkes spesielt. Ellers vil jeg takke alle dem som har sagt ja til å la seg intervju og fortelle om opplevelser som det ikke alltid er så lett å snakke om. Forhåpentligvis kan det komme noe godt ut av at opplevelsene blir presentert i en publikasjon av denne typen. Mer oppmerksomhet rundt kollegapaternalisme kan gjøre at det blir mer fokus på temaet rundt om i tjenestene, slik at alle bidrar til at den beste kompetanse kommer til uttrykk i handling. Bare på den måten er det mulig å sikre at pasienter får så god hjelp som ambulansene kan tilby dem.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
1. Introduksjon	6
2. Bakgrunn.....	8
2.1 Kvalitet	8
2.2 To eksempler	9
2.3 Lojalitetskonflikten	11
3. Analytisk rammeverk	14
3.1 Psykologiske konsekvenser	15
3.2 Organisasjonsverdier	16
4. Studien.....	19
4.1 Naturalisme	19
4.2 Narrativer	19
4.3 Reliabilitet	21
5. Funn.....	23
5.1 Opplevelsene	23
5.2 Omfang.....	25
5.3 Konsekvenser	28
5.4 Forebygging	30
6. Diskusjon.....	34
6.1 Å ta utgangspunkt i eksisterende kompetansenivå.....	35
6.2 Pedagogiske forpliktelser	37
6.3 Situasjonsbestemt ledelse	37
6.4 Coachende ledelse	40
7. Konklusjon.....	44

1. Introduksjon

Selv om ambulansepersonell i Norge fremstår som en stadig mer homogen yrkesgruppe med en autonom profesjonsidentitet, så finnes det mange individuelle forskjeller mellom de ansatte i prehospitale tjenester. En sentral ulikhet er den mellom dem som har lang fartstid og nyutdannede med lite kjøregrunnlag. Makkere på bilene er ofte satt sammen ut fra ulike kompetanseplattformer, og det er i utgangspunktet en god ide. Ved å koble dem som har lang praksistrening og mye erfaring sammen med nyutdannede som har oppdatert teoretisk kunnskap, kan man få det beste fra to verdener: Erfaringsbasert taus kunnskap, klinisk dømmekraft og årelang trening i å gjøre kloke handlingsvalg kan suppleres med nye innspill og evidensbaserte tilnærminger til komplekse medisinskfaglige utfordringer i pasientarbeidet.

Man må like fullt huske at det å organisere tjenestene på denne måten ikke er en garanti for vellykket samarbeid. Det at det foreligger en formell samarbeidsrelasjon betyr ikke at relasjonen virkelig er god (Ekeland 2014, Grelland 2014). Den må også fungere i praksis. Det er nødvendig å jobbe i team, og å ha et felles analytisk fokus på pasientens helseplager. Det er argumenter for og mot handlingsvalg som bør være utslagsgivende for hva som gjøres, ikke hvem som har formelle titler eller så-og-så lang ansenitet. Psykologisk handler det om å tørre å stå frem med den kompetansen man har – og å respektere andres kompetanse - uten å være unødvendig dominerende eller hårsår (Aubert & Bakke 2008). En overstyrende stil kan faktisk være uttrykk for usikkerhet i den forstand at man forsøker å skjule eget kompetansegrunnlag. Problemet er bare at hvis dette grunnlaget i realiteten blir førende i det operative arbeidet, kan det ha unødvendige negative konsekvenser for pasientene.

Fra ressurs- og opplæringsperspektiver er systematisk undertrykking av kompetanse nærmest katastrofalt. Det brukes store ressurser – økonomiske og personalmessige – på å utdanne og trene ambulansepersonell. Alt for å sikre kvalitet og sikkerhet i pasientarbeidet. Etter mange års erfaring fra etter- og videreutdanning for ambulansepersonell vet jeg at mange får verdifull kompetanseheving gjennom tilrettelagt praksis og undervisning. Hvis de blir hindret i selve utførelsen, så blir alt ødelagt av en siste barriere, som selvfølgelig ikke skulle vært der. Investeringen som er gjort for å sikre kvalitet i pasientarbeidet er bortkastet. Pasienter kan faktisk få dårligere behandling (og faktisk død) som følge av at den beste kompetansen ikke kommer til uttrykk. Det er bare så unødvendig! Undertrykking av kompetanse er et fenomen

miljøet må ta på alvor, slik at opptrening og kompetanseutvikling virkelig kommer pasientene til gode.

Er systematisk og ubegrunnet *kollegapaternalisme* et omfattende fenomen i ambulansetjenester? I hvor stor grad blir kollegaer ekskludert fra beslutningsvalg i pasientarbeidet? Hvordan skjer det i så fall? Hvilke grupper er mest utsatt, og er det noen grupper som overstyrer mer enn andre? Målet med denne forskningsrapporten er å belyse disse spørsmålene ved å presentere en undersøkelse om samarbeid og kommunikasjon i prehospitalt arbeid. Målet med undersøkelsen var å forstå om, og i så fall hvordan, ansatte i ambulansetjenester opplever systematisk kollegaoverstyring de ikke opplever som begrunnet. Gjennom intervjuer med 40 ambulansepersonell var målet å få et inntrykk av hvordan overstyring skjer, hvilke negative konsekvenser fenomenet kan få, og hva som kan gjøres for at undertrykking av kompetanse unngås. Den neste delen av rapporten presenterer bakgrunnen for undersøkelsen, hoveddelen presenterer funnene som ble gjort, og den siste delen diskuterer funnene ut fra relevante analytiske perspektiver.

2. Bakgrunn

Onde tunger vil ha det til at ‘paramedic’ noen steder omtales som ‘paramagic’ – at de nyutdannede fra paramedic-utdanningene nærmest tror de kan trylle pasientene friske. Det er noe i ordtakingen ‘Ingen røyk uten ild’, og det kan kanskje være noen som har grunn til å jekke seg litt ned. Men det må heller ikke gå den andre veien – og dette er nok helhetlig sett et større problem: Yngre og nyutdannede bør ikke systematisk overstyres uten at det er saklig grunn til det. Det holder heller ikke at de som overstyrer *mener* at det er saklig grunn. De må faktisk kunne fremføre *rasjonelle* argumenter som berettiger denne formen for kollegapaternalisme.¹

Det er viktig å huske at ambulansearbeid etter hvert har blitt et attraktivt karrierevalg. Mange steder er det stor konkurranse om lærlingplasser og ledige jobber. Det har vært enorm interesse for å komme inn på nye bachelorstudier i prehospitalt arbeid på høghskolenivå.² De som kommer gjennom nåløyene er (forhåpentligvis) kvikke, oppegående personer som kan ha mange spørsmål de med lang fartstid ikke nødvendigvis har gode svar på. Man kan faktisk lære noe selv av å bli utfordret av ‘nybegynnere’ som har ‘dumme’ spørsmål fordi de ikke er kjent med alle de vanlige praksisene i tjenestene. Plutselig oppdager man at det ikke var så enkelt å gi en god begrunnelse for en praksis man selv har fulgt. Og samme hvor ‘uvitende’ andre fremstår, så fortjener de å bli møtt med respekt. Lærlinger, vikarer og nyutdannede har sine ståsteder. De spør ut fra sitt kompetansenivå og gjør normalt så godt de kan.

2.1 Kvalitet

Det at nye som kommer inn i tjenestene ikke bare får slippe til i pasientarbeidet, men også inkluderes i beslutningsprosesser, påvirker kvaliteten på pasientarbeidet. I en moderne språkdrakt kan man faktisk si at samhandlingen mellom makkere på bilen er en (av mange) *kvalitetsindikatorer* (Aase 2010). Samarbeidet er et av aspektene som avgjør om tjenestene utøver god praksis. Kvalitet i den prehospitale delen pasientforløpet, er avhengig av godt teamarbeid i ambulanseenhetene.

¹ Det er selvsagt en del situasjoner der det er berettiget å overstyre andre. Typiske eksempler er situasjoner der det er stort tidspress eller der andres handlinger har uforutsiktlige konsekvenser.

² Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) startet opp med bachelorstudier fra høsten 2014. Studiet har hatt svært mange søkere til et fåtall plasser. Ved Universitetet i Stavanger har man allerede utviklet masterstudier i Prehospital Critical Care.

Pasientkvalitet er avhengig av kompetanse, og godt kollegasamarbeid mellom erfarne og uerfarne har også mye å si for uerfarnes generelle kompetanseutvikling (Lauvås & Handal 2010). Ved å jobbe sammen med personell som har mange års trening i å gjøre kloke og velbegrunnede handlingsvalg, kan de som er nye i tjenesten få god formell og uformell veiledning. Ambulansepersonell med lang fartstid i tjenestene kan gjøre kliniske vurderinger ut fra et omfattende erfaringsgrunnlag. Innenfor de aller fleste prehospitale kompetanseområder er de normalt på et høyere nivå enn nye som kommer inn i tjenestene. Ved å formidle kunnskap videre har de med lang fartstid en genuin mulighet til å sikre tett en-til-en opplæring, slik at de gir individtilpassede forklaringer av praksiser nyutdannede har begrenset kjennskap til. Dermed kan de uerfarne få unik, situasjonstilpasset læring. Det er som å ha en personlig trener over lang tid.

Samtidig må vi ikke glemme at selv om nye har mye å lære av de erfarne, kan det også være motsatt: De som kommer ut i tjenesten fra grunnutdanning eller videre- og etterutdanningskurs, kan ha verdifull oppdatert kunnskap. Det er ikke alltid praksisene ved en stasjon er i samsvar med den siste utviklingen i akuttmedisin som nyutdannede ofte har fått med seg. Et uttrykk som noen ganger brukes i miljøet er 'tilstivnede praksiser'. Handlingspraksiser kan bli utdaterte, enten fordi personellet ikke har oppdatert kunnskap som de ville ha brukt hvis de hadde den, eller fordi de ikke bruker kunnskap de egentlig har lært (eller i det minste lært en gang i tiden). Å sette sammen nyutdannede og erfarne som makkere kan være en kvalitetssikring og fungere som en effektiv og indirekte internopplæring av erfarne som ikke selv har sittet på skolebenken på noen år. Den oppdaterte kunnskapen kan komme til uttrykk i teamarbeid (Hjertø 2013) – på den måten som er best for pasienten – når nyutdannede har introdusert den på en måte som gjør at alle som er involvert ser at den er verdifull i pasientarbeidet.

2.2 To eksempler

For å illustrere hvor vanskelig ambulansepersonell kan oppleve samarbeidsrelasjoner med makkere, vil jeg innledningsvis gjengi to historier fra virkeligheten, slik to av informantene fra studien som presenteres under beskrev dem. Hendelsene er anonymisert og i tillegg noe modifisert, slik at de ikke kan knyttes til enkeltpersoner eller enkeltsteder. Historiene belyser heller ikke direkte kollegaoverstyring i det utøvende arbeidet. Men de får virkelig frem hvor

problematisk yngre og uerfarne profesjonsutøvere kan oppleve relasjoner til eldre og erfarne kolleger.

En fartøysjef – lederen på en ambulanse – var misfornøyd med en sommervikar som hadde bakgrunn som sykepleier. Han mente han ble forespeilet en makker som kunne bidra mer. Slik han oppfattet vikaren hadde han liten innsikt den prehospitale virkeligheten, mangelfull beherskelse av prosedyrer som var sentrale i arbeidet og dårlige forutsetninger for å forstå forklaringene og beskjedene han fikk. Når vikaren ikke klarte å gjennomføre tiltak fartøysjefen mente han absolutt burde beherske, datt det ut av fartøysjefen setninger som ‘Nå må du ta deg sammen!’ og ‘Dette må du da kunne klare!’. Ved et par anledninger hadde faktisk pasienter og pårørende overhørt kommentarer av denne typen (og hva tenkte de da?). Vikaren ble fortvilet. Han seilte ikke under falskt flagg da han ble ansatt. Slik vikaren opplevde situasjonen forventet fartøysjefen mer enn det vikaren ble forespeilet at han måtte kunne. Vikaren syntes fartøysjefen ofte brukte et språk han ikke forsto – at han snakket over hodet på ham – og at han ikke hadde forutsetninger for å forstå instruksjonene han fikk.

Nå har vi jo ingen garanti for at denne fremstillingen svarer til virkeligheten. Den er bygget på vikarens fremstilling, og det kan jo hende fartøysjefen ville beskrevet samhandlingen annerledes. Men å finne ut hvordan samarbeidet virkelig var, er ikke poenget her. Poenget er at eksemplet, slik det er beskrevet, viser hvordan uerfarne *kan* oppleve kollegasamarbeid – eller rettere sagt mangel på samarbeid. Eksemplet viser spesielt hvordan en brutal og direkte kommunikasjonsstil kan oppfattes negativt, selv når den er rettet mot en person som forstår at han nok ikke har den profesjonelle handlingskompetansen han burde ha, i den profesjonsrollen han har fått.

Vikaren som beskrev eksemplet sa at han forsto at fartøysjefen ønsket at han hadde bedre ferdigheter. Problemet var bare at dette er ikke var verdt mye som en forklaring av hva som var god praksis. Vikaren trengte noen som ‘møtte ham der han var’. Fartøysjefen snakket til vikaren som om han var på et annet nivå enn det han i virkeligheten var.

Gitt vikarens beskrivelse, så burde fartøysjefen forstått at vikarens begrensede forutsetninger for å bidra i det operative arbeidet var et systembasert problem. Hvis vikaren lå under minimumsnivået for vikarkompetanse, så var saken et anliggende for ledelsen. Enten hadde det skjedd en glipp da vikaren ble ansatt, eller så hadde vikaren gitt en ufullstendig beskrivelse av

egen kompetanseplattform.³ Ut fra forsvarlighetshensyn hadde fartøysjefen faktisk en juridisk og profesjonsetisk plikt til å melde fra, for å avverge nye lignende situasjoner, spesielt hvis han mente vikarens kompetanse var så svak at det kunne gå utover pasienters liv og helse (Molven 2012). Forsvarlighetskravet i lovverket gjør det helt klart at helsepersonell skal melde fra hvis de opplever at tjenestetilbudet ikke møter krav til forsvarlig praksis, selv når disse kravene ligger under det man regner som fullgod praksis (ibid).

For fartøysjefen var det viktig å tenke på sin egen meldeplikt, men i relasjonen til vikaren burde ikke dette være et tema. I denne relasjonen - så lenge den eksisterte - hadde ikke fartøysjefen noe annet valg enn å basere samhandlingen på vikarens kompetanseplattform. Samarbeidet ble ikke noe bedre av at fartøysjefen uttrykte frustrasjon over vikarens ferdigheter. Man kan være så misfornøyd man bare vil med andres prestasjoner. Det i seg selv kan ikke forbedre den reelle kompetansen de har.

2.3 Lojalitetskonflikten

Å godta at kolleger gjør så godt de kan ut fra forutsetningene de har, handler om å respektere dem som personer i profesjonsrollen de har. Først og fremst er det viktig å anerkjenne makkeres kompetansegrunnlag i samhandlingen på utrykningsenhetene, men det er også viktig i kommunikasjon med andre i miljøet. Å snakke nedsettende med kolleger om uerfarne makkere som prøver så godt de kan, er ikke bare etisk betenkelig i seg selv. Det kan også bygge opp under kollegers fordommer og forutinntatte holdninger til de uerfarne, slik at de ikke blir møtt med den åpenheten og profesjonelle respekten de bør bli møtt med.

Å skape en god relasjon til yngre og uerfarne dreier seg i stor grad om å etablere et tillitsforhold. De som kommer 'utenfra' må være trygge på at de blir ivaretatt på en god og profesjonell måte. Å tenke på dette heller ikke bare viktig for dem som er direkte involvert i pasientarbeidet. Selv ledere som bare har et overordnet ansvar for at samarbeid fungerer bør tenke på hva som profesjonelt sett er riktig når de blir involvert i problemstillinger som angår mellommenneskelige relasjoner. Det naturlige målet er å være lojal mot hver enkelt person, slik

³ Det kan jo også hende han beskrev den så godt han kunne, men at kommunikasjonen med arbeidsgiver var lite egnet til å avdekke kompetansebredden. Det er i stor grad arbeidsgivers å ansvar å ha jobbintervjuer der det totale kompetansebehovet blir avdekket.

at deres personlige integritet og profesjonelle rolle respekteres. En lærling beskrev en hendelse der det mildt sagt var et godt spørsmål om dette ble gjort:

Lærlingen hadde en veileder han opplevde som mutt og innesluttet. En dag toppet det seg for lærlingen. På vei tilbake til stasjonen etter et slitsomt oppdrag mot slutten av et langt og intenst skift, ble de stående fast i kø. Veilederen gav uttrykk for at han var så sliten at han 'ikke orket mer' og satt på blålysene for å komme frem. Lærlingen reagerte og sa fra til stasjonsleder at han syntes nok var nok: Han ville ha ny veileder. Stasjonslederen lovt å følge opp saken, men det gikk ikke helt som planlagt. Lederen sa ikke bare til veilederen at lærlingen ønsket å bytte veileder. Han sa også hva som var den direkte foranledningen ved å referere til episoden med blålysene. Dermed gikk det ikke lang tid før veilederen konfronterte lærlingen med beskyldninger om illojalitet og sladring. Sammen med en kollega (og nær venn) stilte han lærlingen (bokstavelig talt) til veggs nede i bilgarasjen en dag de tilfeldigvis møttes der. Overfor lærlingen gjorde han det klinkende klart at hvis han ikke tålte at det noen ganger kunne gå litt varmt for seg, så kunne han bare finne seg et nytt yrke. Lærlingen synes det var en ytterst ubehagelig situasjon. Han var helt alene mot to kolleger han oppfattet som aggressive. Han og var faktisk redd for at den tidligere veilederen skulle gå fysisk løs på ham.

Igjen er dette en subjektiv beskrivelse, og vi må ta høyde for at ikke alle parter opplevde den på samme måte. Poenget er bare å illustrere hvor utsatte uerfarne som læringer *kan* føle seg, og hvordan verbale og nonverbale handlinger *kan* skape frykt og redsel. Konfrontasjonen i garasjen var sannsynligvis ikke ment så truende fra den tidligere veilederen sin side. Kanskje intensjonen var å snakke rasjonelt og saklig om veiledningsrelasjonen? Kanskje veilederen bare ville realitetsorientere lærlingen om hvor robust og lite hårsår veilederen mente man må være for å tåle presset og intensiteten i akuttarbeidet? Men selv om det var tilfelle, hjalp ikke det så lenge lærlingen oppfattet ham og kollegaene som truende.⁴ Episoden ble nærmest beskrevet som traumatisk og var faktisk en direkte årsak til at lærlingen sluttet. Han hadde ingen å gå til - ingen å snakke med.

⁴ Det er umulig å fokusere saklig og argumentativt på en sak hvis man nærmest er redd. Alle som ønsker å diskutere en sak rasjonelt, har et medansvar for å dempe eget (og andres) spenningsnivå, slik at ingen av partene forstår hverandre gjennom et emosjonelt filter av frykt eller sinne.

Det er viktig å huske at nye og uerfarne er i en sårbar og utsatt posisjon. Noen ganger kan de føle seg alene mot et helt miljø, særlig når alle de andre har kjent hverandre gjennom mange år, slik at det er mange formelle og uformelle allianser ved stasjonen. Å stå helt alene mot en stasjonskultur kan oppleves som spesielt tøft når man er ung, uerfaren og usikker på det meste. Det hjelper heller ikke om 'de andre' sier at de ønsker være å inkluderende i språket, hvis det ikke oppfattes troverdig. Typiske utsagn man noen ganger kan høre er 'Her kjenner alle hverandre', 'Er det noe så tar vi det bare i kaffekroken', eller 'Her snakker vi åpent ut om alt'. For dem som har begge beina trygt plantet i et trygt, kan dette virker som opplagte (og trivelige) sannheter. Det er annerledes for dem som kommer utenfra og som kanskje ikke snakker så høyt om hva de mener. 'Inkluderende ytringer' som ikke oppfattes om inkluderende i det hele tatt, kan faktisk gjøre vondt verre. De kan gjøre at dem som kommer utenfra får enda mindre selvtillit til å stå frem med jobbrelaterte problemer de har.

Det behøver heller ikke å være erfaringer over tid som gjør at de nye synes det er tungt. Et bryskt svar på et 'håpløst' enkeltspørsmål (som 'Hvordan skal jeg slå ut båra?') kan gjøre at uerfarne kvier seg for å stille nye spørsmål om ting de lurer på ('Dette burde jeg nok visst svaret på') Dermed får de ikke den elementære kunnskapen de trenger, og praksisutøvelsen blir tilsvarende usikker fordi de mangler en grunnleggende kompetanseplattform (Nordby 2014a). Som en av informantene i undersøkelsen sa, 'Det er begrenset hvor mye vi får ut av prosedyrene hvis vi ikke forstår hva som er grunnlaget for dem.' Til syvende og sist er det viktig å huske at grunnmuren i praksis ikke bare er medisinsktekniske ferdigheter – som det å kunne gjøre primær- og sekundærundersøkelser (Nordby 2014b). En rekke handlingsprosedyrer – som for eksempel å beherske samband og de ulike radiokanalene – må også være på plass. Selv for vikarer som sykepleiere med lang erfaring og god kunnskap om ABCDE kan mange av rutinene fortone seg som vanskelige. Dermed må de forklares – og helst uoppfordret. Det er langt fra sikkert at uerfarne spør så mye de burde, hvis de synes de møter en forventning om at 'Dette burde de kunne fra før'.

3. Analytisk rammeverk

Det viktigste er selvsagt pasientene. Hvis den beste kompetansen ikke kommer til uttrykk, så får ikke pasientene den beste hjelpen enheten kan gi dem. Undertrykking av kompetanse *preger* tjenestetilbudet. Det er en grunnleggende pedagogisk kjensgjerning at de som aldri får handlet ut fra egen kompetanse heller ikke får utviklet den i særlig grad (Tveiten 2005, Nordby 2014b). Det er utøvelse av eksisterende kompetanse som gir best forutsetninger for videreutvikling. Ambulansepersonell som systematisk blir overstyrt stagnerer kunnskapsmessig. Systematisk overstyring kan dessuten gjøre at personell slutter fordi de føler seg presset ut av tjenestene – eller rett og slett truet – slik som i det ene eksemplet over. Generelt vil kollegapaternalisme ha en rekke psykologiske og praktiske konsekvenser som går utover effektiviteten og innholdet i tjenestetilbudet.

I hvor stor grad er dette et problem? Ryktene går om at dette skjer ganske ofte. Noen steder kalles det ‘enmannsshow på bilen’, andre steder ‘enmannsbetjent bil’.⁵ Her vil jeg legge følgende definisjon til grunn:

Dominerende og ubegrunnet kollegaoverstyring skjer når profesjonsutøvere systematisk gjør handlingsvalg uten å konferere med makkere eller andre kolleger, selv om det hadde vært riktig å inkludere dem i beslutningsprosesser.

Denne formen for undertrykking av kompetanse innebærer en form for *kollegapaternalisme* – overstyring av andres ønsker om å være med på å bestemme hvordan det er riktig å handle.⁶ Definisjonen er ikke skarp, og det er mange gråsoner. Det er selvsagt ikke alltid klart om det er riktig å konferere med kolleger om handlingsvalg. Noen ganger har man ikke mye tid, som under triagering, og noen ganger er det psykologisk god grunn til å la være, for eksempel på grunn av høyt konfliktnivå eller fordi pårørende ikke skal være vitner til diskusjon. Men dette må ikke ta fokuset vekk fra det faktum at det stort sett er mulig å inkludere kolleger i diskusjoner når relevante handlingsalternativer skal vurderes. Dette krever normalt ikke så mye tid, så heller ikke innen dette området er det overvurderte argumentet om ‘tidspress i ambulansetjenester’ rimelig. Små inkluderende kommentarer av typen ‘Jeg synes at ..., hva tror du?’ eller ‘Hvordan

⁵ Noen få steder brukes enmannsbetjente enheter som ligger i front, som for eksempel på Nesodden utenfor Oslo.

⁶ Paternalisme betyr ‘overstyring’ eller ‘å bestemme på andres vegne’ (Nordby 2014b). I helsefaglig litteratur blir paternalisme først og fremst diskutert i forbindelse med pasientarbeid (Wulff m.fl. 2003), men poengene kan selvsagt overføres til profesjonsfaglig samarbeid.

skal vi gjøre dette?’ er ofte det som skal til for at kolleger ikke skal få en opplevelse av å bli ignorert.

Tilsvarende er det lett å peke på tilfeller der en person helt klart blir utsatt for ubegrunnet overstyring. Hvis en fartøysjef uten videre sier ‘Vi gjør det på denne måten’ selv om makker har en berettiget oppfatning det er andre handlingsvalg som i det minste burde *vurderes* som mulige valg, så utøves det ubegrunnet overstyring. Det er når dette skjer systematisk – når det har med en persons *stil* å gjøre – at det ‘kjøres enmannsshow på bilen’, som en informantene i undersøkelsen treffende beskrev fenomenet. Faktisk er det ikke bare hva overstyrende personer gjør, men hvem de er og hva slags holdninger de har, som avgjør om de systematisk undertrykker andre. Ofte er det væremåten over tid som avgjør om en person blir oppfattet som en ‘arrogant bedreviter’, slik en av informantene beskrev en tidligere veileder.

Vi må riktignok skille mellom situasjoner der det ikke er riktig å overstyre andre, og situasjoner der det er riktig selv om den som blir overstyrt mener det er galt. Det er jo ikke alltid profesjonsutøveres oppfatninger om at de burde være mer delaktige i beslutningsprosesser er rimelige. Noen kan ha for høye tanker om sin egen kompetanse og urealistiske tanker om muligheten for dialog i akuttsituasjoner. Det er derfor definisjonen over understreker at uberettiget overstyring ikke nødvendigvis har skjedd bare fordi en person mener det har skjedd. Det må faktisk dreie seg om *reell* ubegrunnet overstyring, og om dette har hendt i et gitt tilfelle må vurderes situasjonsavhengig.

3.1 Psykologiske konsekvenser

Samtidig må vi ikke undervurdere den psykologiske betydningen av de subjektive opplevelsene. Erfaringer av å bli undertrykt *er* ofte begrunnede – og det er i alle tilfelle uheldig når noen opplever urettmessig maktutøvelse, med de negative konsekvensene det har for teamarbeid, selvfølelse og ferdighetsnivå (Hjertø 2013, Nordby 2014b, Sævareid 2014). Bare det å *ikke* skape en opplevelse av å bli urettmessig overstyrt hos andre, bør være et mål for dem som har yngre og nyutdannede som kolleger.

Nå er det jo ikke alltid så enkelt for en fartøysjef å avgjøre om det er riktig å slippe til uerfarne når det er akutt. Hvis man jobber sammen med vikarer med usikkert ferdighetsnivå, eller hvis andre somler eller gjør ting feil, til og med i fullt påsyn av pasient eller pårørende, kan det ha alvorlige konsekvenser. Men det kan jo også være motsatt: De som kommer inn i

tjenestene kan ha mer å bidra med enn man tror, slik at de kunne fått mer utfordrende arbeidsoppgaver. Det er aldri bra å holde reell kompetanse nede. For da er jo kompetansen der, og den kan komme til uttrykk som et verdifullt supplement til eksisterende ferdigheter i tjenesten.

En samhandlingsutfordring i ambulansetjenester er at ting må skje raskt, slik at det kan være vanskelig å diskutere ansvarsdeling der og da. Det er derfor viktig å snakke sammen på forhånd, slik at man er trygg på hverandre og har en klar formening om hvem som kan bidra med hva. Dette er fullt mulig i mange relasjoner mellom erfarne og nye, fordi de ofte er sammen over tid, fra noen dager opp til flere år. Noen ganger er samhandlingen mer avgrenset – som når vikarer erstatter korttidssykmeldt personell - og da er det selvsagt mer utfordrende å oppnå gjensidig forståelse. Like fullt gjelder det å forstå hverandre så godt som realistisk mulig. Å ta initiativ til samtaler om alle parter kompetansegrunnlag, slik at enheten har en god beredskap for arbeidsdeling, er fartøysjefers ansvar.

3.2 Organisasjonsverdier

Som med andre holdningsrelaterte praksiser vil omfanget av enmannsshow i første rekke avhenge av innstillingen til hver enkelt profesjonsutøver. Men det kan også knyttes til det profesjonelle miljøet i en tjeneste. Aadland og Eide (2008, s.94) definerer kollektive handlingsmønstre i virksomheter som organisasjonskulturer: «Organisasjonskulturen er et mønster av åpne og skjulte verdier som manifesterer seg gjennom ulike handlingsuttrykk i en organisasjon». Det vil ofte være snakk om fagverdier – normer om hvordan det er riktig å behandle som er forankret i en fagprofesjon. I førstelinjetjeneste vil dette ofte være idealer om å gi optimal behandling og å ha tid og omsorg til hver enkelt pasient. Sentralt i organisasjonen vil derimot økonomiske og administrative verdier være sentrale (Jacobsen & Thorsvik 2007).

Denne spenningen har en etisk dimensjon. De som jobber i førstelinje har oppfatninger om hva som er riktig og galt som er preget av en nærhetsetikk der vurderinger om hva som er god praksis gjøres i det direkte arbeidet med pasientene. Observasjoner av 'egne' pasienter som ofte ikke får optimal behandling – i vid forstand – blir dominerende i forhold til vurderinger om ressursbegrensninger og kapasitetsutnyttelse generelt. Sentralt er fokuset derimot på overordnede rettferdighetshensyn, hva som er best for pasientgrupper og til syvende og sist befolkningen som helhet, slik at alle kan få et (rimelig) likt tjenestetilbud. Til grunn for de

sentrale føringene ligger det en kollektivist konsekvensetikk. Hva som er riktig og galt vurderes ut fra et overordnet perspektiv der målet er å organisere tjenestene på en måte som får best konsekvenser for pasientgrupper og befolkningen som helhet (Nordby 2014b).

Denne etiske spenningen preger førstelinje. Men verdiene som preger en organisasjon er ikke nødvendigvis profesjonsfaglige normer eller preferanser som refererer til ideologier som nærhetsetikk og konsekvensetikk. Ordet verdi kan også forstås som individuelle holdninger om hvordan det er riktig og galt å handle (Tveiten 2005). Personlige verdier oppfattes ofte som normative for andre, selv om de ikke refererer direkte til fakta. Helsearbeidere flest vil for eksempel verdsette at pasienter blir møtt med omsorg og omtanke (Nordby 2014b). Dette er en individuell omsorgsverdi hos hver enkelt, og de fleste vil reagere hvis andre gir uttrykk for at det ikke er riktig å uttrykke positive holdninger i pasientarbeid. Schein (1987, s.7) gir en definisjon som uttrykker sammenhengen mellom individuelle verdier og profesjonsfellesskap enda klarere. Han definerer en organisasjonskultur som et

...mønster av grunnleggende antagelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å tenke og føle på i forhold til disse problemene.

Forstått på denne måten er oppfatninger om hvordan det er riktig å inkludere andre nettopp en del av kulturen, en del av 'mønsteret' i organisasjonen (Aadland & Eide 2008). Noen steder kan det være stor takhøyde for å lytte til nye impulser og la nybegynnere lede an i pasientarbeidet, andre steder mindre. Hvordan det skjer vil avhenge av organisasjonskulturen ved stasjonene. Å unngå enmannsshow er derfor et systembasert anliggende. Ledere bør ha en bevissthet rundt problematikken og gjøre nødvendige tiltak hvis undertrykking av kompetanse forekommer systematisk.

Det bør understrekes at det ikke er fritt opp til ledere om de velger å gå inn i konfliktfylte relasjoner mellom medarbeidere. Ledere har et overordnet ansvar for at tjenestene yter sitt beste, og de legger faktisk mange av premissene for hvordan organisasjonskulturen utvikler seg (Yukl 2010, Northouse 2013). Lederinvolvering påvirker konfliktnivået i tjenestene, og lederes deltagelse er avgjørende for hvordan konflikter blir håndtert til virksomhetens beste – det vil si pasientene.

Ledere kan dessuten mer indirekte skape en organisasjonskultur som forebygger overstyring og konflikter (Martinsen 2010). En leder som tar initiativ til faglige diskusjoner der saken står i sentrum, og som skaper en atmosfære hvor alle, vil også bidra til mer diskusjon i det utøvende arbeidet (Ness 2003). Og når saken og argumenter for og i mot en beslutning kommer i sentrum, så forsvinner prestisje, agendaer og roller i bakgrunnen (Taylor 1993). Ledere som fokuserer på å legge til rette for evidensbaserte praksiser, har også større forutsetninger for å løse opp tilstivnede og kanskje utdaterte rollefordelinger og handingspraksiser. *Kunnskapsmedarbeidere* er medarbeidere som ikke bare handler ut fra begrunnede vurderinger, men som er i et miljø der de er så trygge på eget ståsted at de tør å stå frem med kunnskapen de har.

4. Studien

Mange studenter i paramedic-utdanningene forteller hvordan de har sett og selv blitt utsatt for enmannsshow. Utgangspunktet for forskningen som presenteres i denne rapporten var et ønske å gå noe mer systematisk til verks for å få en forståelse av hvor omfattende fenomenet er. Dette ble gjort ved å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer med fire grupper av ambulansepersonell: lærlinger, vikarer, fagarbeidere med lite erfaring og nyutdannede fra paramedic utdanningene. I hver av disse kategoriene ble 10 personer intervjuet.

4.1 Naturalisme

Informantene ble valgt fra ambulansestasjoner i større byer og i distriktene, og intervjuene ble analysert i samsvar med naturalistisk kvalitativ forskningsmetode (Ryen 2002, Tagaard 2009). Grunnprinsippet i denne retningen er at intervjuer - på en naturlig måte - skal legge til rette for at informanter sier det de mener, og at det normalt er et entydig korrespondanseforhold mellom det de sier og virkeligheten de snakker om. Som Ryen (2002,s. 62) observerer, er

Kjernen i den naturalistiske metodesamtalen troen på at den sosiale virkeligheten er virkelig. Denne virkeligheten eller dette virkelighetsbildet kan fanges av forskeren dersom han eller hun bruker betingelser for rett tilnærming når dataene samles inn. Forskeren må gå såpass nær at respondentene kan gjenkjenne og beskrive detaljer i sin sosiale verden.

I praksis innebærer dette at informanter stort sett tas på ordet: direkte fortolkning, hvor grunnideen er at informantene uttrykker begreper som direkte speiler ordene de bruker, blir et førende prinsipp⁷ I den naturalistiske tradisjonen kan det være begrunnet å fravike prinsippet om direkte fortolkning, men det er unntaket og ikke regelen. Normen om at informantene mener det de sier skal være førende så lenge det ikke foreligger eksepsjonelle grunner til å tro noe annet (Berg & Lune 2012).

4.2 Narrativer

Innenfor det naturalistiske paradigmet brukte prosjektet narrative intervjuer. Ideen her er at informantenes egne fortellinger blir ledende og styrende for utviklingen i intervjuene. Som

⁷ For eksempel vil begrepet *ambulanse* speile det norske ordet 'ambulanse', men også det engelske ordet 'ambulance'. En person som ikke mener *ambulanse* med ordet 'ambulanse' – enten fordi han har en svak forståelse eller fordi han har en helt uriktig forståelse – vil ikke heller ikke uttrykke begrepet *ambulanse*.

Flick (2002, s.96) observerer, er dette passende når man skal snakke om sensitive og komplekse temaer, slik at et vanlig spørsmål-svar skjema blir for snevert: “The starting point here is a basic skepticism about how far subjective experiences may be tapped in the question-answer scheme of traditional interviews, even if this is handled in a flexible way.”

Det er utfordrende å få tak på informanternes genuine opplevelser - hvordan de selv har opplevd et sosialt fenomen - hvis et intervjuet er formet som en rigid liste med spørsmål. Informanter kan få en følelse av å bli utsatt for et forhør hvor de blir tvunget inn i et spor de ikke har valgt selv. Ved å bruke narrativer som innfallsvinkel er det mulig å anvende et holistisk fokus, slik at informanter selv kan beskrive det de mener er viktig med egne ord de opplever som passende. Åpne spørsmål og meningsstimulerende kommentarer blir avgjørende for at informanter kan reflektere over egne opplevelser og føle seg rimelig komfortable med å diskutere temaer det ikke alltid føles så lett å snakke om. Poenget er, som Flick (ibid.) påpeker, at «Narratives allow the researcher to approach the interviewee's experiential world in a comprehensive way».

Også i narrative intervjuer vil det selvsagt være nødvendig å styre samtalen slik at man får relevant info, men i utgangspunktet skal man ha stor respekt for det som åpner seg opp der og da, fra informantens perspektiver. Neumann (2006, s.214) kaller det et mål om å forstå virkeligheten fra informantens perspektiver. Målet er å fange inn “an inside view and provide a detailed account of how the people we study understand events”. Forstått på denne måten er ikke målet bare å avdekke informanternes tanker og oppfatninger. En persons totale forståelseshorisont – personens totale perspektiv på seg selv og verden rundt - involverer også følelser, holdninger og personlige verdier. Dette er mentale tilstander som det kan være spesielt viktig å få god innsikt i når temaet for intervjuer er følsomme forhold som problemfylte relasjoner til kolleger.

Nå er det jo prinsipielt umulig å gå inn i andres livsverdener - vi kan ikke gå inn i andres første-persons perspektiver på verden - men poenget er at det å forstå andre ut fra deres perspektiver fortsatt kan være et ideal: i samsvar med hermeneutisk metode kan et semistrukturert intervju åpne opp for en mer fleksibel utforskning av en informants narrativer enn et definert intervju. Som Bowling (s.341) observerer

With structured interviews, conducted within a framework of positivism, the interview-respondent interaction is of interest only in relation to interviewer bias and error, response bias and whether the interviewer has departed from the interview protocol. In contrast, unstructured interviews are regarded by qualitative researchers as a social encounter.

Den semistrukturerte intervjuformen åpner opp for en refleksiv toveis dialog, der det er mulig å ta høyde for at handlinger ikke bare er preget av tanker, men også av holdninger og emosjoner. Dette er spesielt viktig i den type forskning som denne rapporten presenterer resultater fra. I og med at kollegapaternalisme er et område hvor følelser er fremtredende er det viktig å ta høyde for at respondentens opplevelser var farget av emosjonelle opplevelser og at disse derfor også måtte med i regnskapet. Det var viktig å få tak på deres helhetlige forståelseshorisonter – deres subjektive perspektiver på egne profesjonsroller og virksomheten der de var ansatt (Føllesdal og Walløe 2003).

Intervjuene ble analysert og innholdet deretter kategorisert langs fire tematiske knagger, i samsvar med forskningsspørsmål hovedproblemstillingen ble brukket ned i, som forklart under. Det vil si, hvert intervju ble gjennomgått med tanke på hvordan de belyste ulike aspekter ved enmannsshow og relaterte opplevelser. I samsvar med prinsipper for forståelse la vi lagt vekt på å få forstå enkeltytringer i en større sammenheng, men også hvordan sammenhenger kunne forklare enkelttrekk (Alvesson & Schøldberg 2012). Alt i alt ble det en god balanse i intervjuene: Informantene fikk i stor grad frihet til å snakke om egne opplevelser, samtidig som rammene la tematiske føringer på hvordan opplevelsene skulle avdekkes.

4.3 Reliabilitet

Som i andre kvalitative undersøkelser, må resultatene av studien som presenteres i denne rapporten vurderes på premissene til kvalitativ metode. Det er for eksempel ikke rimelig å anvende kvantifiserbare forståelser av begreper som generalisering og signifikans. Gyldigheten til funnene avhenger av dybderepresentativitet - hvor godt tak man har fått på informantenes perspektiver, ikke ut fra hvordan funnene kan generaliseres til populasjonen i sin helhet (ambulanspersonell som jobber i de fire gruppene). Som Ringdal (s.247) påpeker, «selv om reliabilitet, validitet og generaliseringer i en *statistisk forstand* [min utheving] er uaktuelle data [i kvalitativ metode), er begrepene likevel nyttige.»

Funnene *kan* generaliseres, men det krever en god dybdeforståelse av informantenes perspektiver og situasjon. Grunnideen bak generalisering i kvalitativ metode, er at funn kan generaliseres til kontekster som i tilstrekkelig grad ligner på dem man studerer. I praksis er ingen informanter og situasjoner helt like, men målet om overførbarhet kan like fullt fungere som et metodisk ideal: hvis informanter i bestemt gruppe og med en bestemt profesjonell tilhørighet uttrykker en bestemt mening om en sak, så er det ikke urimelig å anta at andre i noenlunde samme situasjon vil mene noe av det samme. Men det kan man aldri vite på forhånd, ikke en gang teste som en hypotese. Kvalitativ metode er hypotesegenererende, ikke hypotesetestende.

Poenget gjelder alle vitenskapsteoretiske begreper. Når begrepene anvendes innenfor kvalitativ forskning må de tilpasses rammene for denne forskningen, ved å operasjonaliseres ut fra en eller flere retninger innen kvalitativ metode. Som Flick (2002, s.426) observerer, er ideen å utvikle ‘...new method appropriate criteria, which do justice to the specificity of qualitative research because they have been developed from one of its specific theoretical backgrounds.’ I praksis betyr dette at vi ikke har noen garanti for at funn er representative statistisk sett. De kan i prinsippet generaliseres, men når det finnes mange individuelle ulikheter mellom informantene har denne muligheten begrenset anvendelse i praksis.

Dette ville vært et problem i denne undersøkelsen hvis målet hadde vært forstå hvordan ambulansepersonell generelt har erfart overstyring. Men poenget med undersøkelsen var ikke å nå frem til statistisk signifikante tall. Målet var å sette søkelyset på et fenomen: Vi visste at hvis mange av dem vi intervjuet sa at enmannsshow var et problem, så var det i det minste en indikasjon på at det er et mer omfattende fenomen som bør få oppmerksomhet i tjenestene og bli gjenstand for mer omfattende kvantitativ forskning. Til syvende og sist faller denne ideen om at kvalitative resultater er utforskende og hypotesegenererende inn under et mer generelt metodologisk poeng: Hvis det er et faktum at mange respondenter i en undersøkelse sier at de har opplevd enmannsshow – uavhengig av det spesifikke omfanget det i virkeligheten – så vil det i seg selv være en tankevekker for de som jobber i tjenestene. Alle kan jo spørre seg selv om de noen ganger overstyrer andre uten at det er saklig grunn til det. Målet med studien – og resultatene vi presenterer her – er først og fremst å stimulere til denne type selvransakelse hos hver enkelt.

5. Funn

Hovedmålet med undersøkelsen var å få en forståelse av hvordan overstyring påvirker kompetanseutvikling og tjenestetilbudet i de offentlige prehospitale virksomhetene i Norge. Problemstillingen ble delt inn i fire forskningsspørsmål som til sammen dekket det tematiske hovedmålet med undersøkelsen.

- (1) Hvordan opplever de som jobber i tjenestene ubegrunnet overstyring?
- (2) Hvor omfattende mener de fenomenet er?
- (3) Hva blir konsekvensene av overstyring?
- (4) Hva kan hver enkelt gjøre for å skape godt samarbeid?
- (5) Hvordan kan ledere legge til rette for at den beste kompetansen på bilene kommer til uttrykk i handling?

Ut fra disse spørsmålene ble det gjort en temabasert analyse av materialet fra intervjuene (Tagaard 2009): Respondentenes svar på spørsmålene i den kvalitative intervjuguiden ble først analysert og fortolket som meningsbærende talehandlinger, ved at de ble forstått som uttrykk for tanker og oppfatninger om overstyring. De ble deretter analysert langs fem tematiske dimensjoner som svarer til forskningsspørsmålene. Presentasjonen av funnene i denne delen av rapporten er kategorisert i samsvar med disse temaene, ved at den er delt inn i fem deler som til sammen belyser hvordan ambulansepersonellens tanker og oppfatninger om overstyring utgjør svar på forskningsspørsmålene.

5.1 Opplevelsene

Alle som hadde opplevd overstyring sa at presset til tider gikk utover trivsel, motivasjon og arbeidsglede. Mange beskrev kommentarer fra andre som en betydelig negativ påkjenning. Eksempler var ytringer som «Hvem tror du at du er?», «Det er jeg som er fartøyssjef» og «Jeg sier fra når du kan snakke». Bemerkninger av denne typen, og andre handlinger som virket brutale og ubegrunnede, ble erfart som destruktive og konfliktskapende. Flere av informantene understreket at selv om talehandlingene kanskje virket ubetydelige for dem som fremsatte dem

– og kanskje ikke en gang var ment så kritiske som de hørtes ut – så utgjorde de over tid en stor psykologisk påkjenning. Som en sa: ‘Jeg visste jo ikke helt hva som lå under når jeg fikk høre det, eller ble satt til side [når fartøysjef overtok pasientarbeidet], ... hvor bokstavelig det var ment. Det i seg selv var nok til at jeg ble usikker og tok det tungt.’

Mange av dem som opplevde ubegrunnet overstyring hadde forsøkt å snakke med ledelsen om erfaringene. Men dette var ikke alltid enkelt, spesielt når ledere ble sett på som venner og allierte med overstyrende makkere. Noen fortalte om hendelser der de opplevde å bli trakassert etter å ha tatt kontakt med nærmeste leder. De ønsket å løse problemene på lavest mulig nivå, men følte at de ikke hadde noe annet valg enn å ta det videre. Som en sa, ‘Jeg ønsket jo ikke å belemre alle dem som sa at de hadde så mye å gjøre, men til slutt måtte jeg bare si fra’.

Flere av informantene sa at de ikke sa fra om egne opplevelser i stasjonsmiljøet, fordi de syntes de møtte en holdning om at mellommenneskelige problemer var ubetydelige i forhold til de ‘virkelige problemene’ stasjonene slet med. Dette var typisk problemer knyttet til bemanningssituasjonen, budsjetter og til dels avviksmeldinger, klagesaker og kontroller fra helsetilsynet. Flere sa at de var redde for å fremstå som selvsentrerte og selvopptatte midt oppe i alle utfordringene stasjonene sto overfor. Som en sa, ‘Her hos oss snakkes det mye om innsparinger, turnus og penger. Det er det nesten alle snakker om, og det er selvsagt ganske brutalt for dem det gjelder. Da blir det til at vi ikke snakker så mye om holdninger og arbeidsmiljøet her. Det blir liksom bagateller i forhold’.

Flere sa at de forsto at det var viktig å fokusere på økonomisk-administrative rammevilkår for driften av stasjonene, men alle informantene som hadde opplevd overstyring mente at dette i for stor grad gikk på bekostning av de mellommenneskelige relasjonene. En nyutdannet ambulansearbeider hadde et godt innspill:

Jeg tror det som gjelder inkluderingen av oss [nye i tjenestene] også handler om penger. Man slipper å bruke så mye ressurser på å få inn nye hvis vi blir tatt i mot på en god måte, slik at vi utvikler oss og blir værende. Hvis vi får god trening av kolleger, kan vi få en del gratis opplæring som tjenestene ellers måtte ha betalt for. Hvis det er noen kurs vi kan slippe å gå på fordi vi i virkeligheten lærer innholdet av erfarne makkere, blir det også enklere å få turnusen til å gå rundt den tiden vi ellers ville vært borte.

Mange av informantene sa at siden det hele tiden var fokus på brannslukking og prekære tiltak som å dekke vaktlister når noen ble syke, så ble det lite tid igjen til relasjonsarbeid. Psykologisk sett var det heller ikke så enkelt å si fra om konfliktfylte relasjoner til ressurspersoner. Noen sa at de følte seg alene mot sammensveisede miljøer ved stasjonene. De gav uttrykk for at de verken ble sett eller hørt, og at det gikk utover psykososial helse og kompetanseutvikling. Enkelte hadde resignert og til slutt tenkt at de bare måtte finne seg i å bli behandlet som de ble, selv om de nesten ikke orket å dra på jobben. Noen hadde faktisk sluttet og flyttet langt avgårde for å slippe unna det de opplevde som ren mobbing. 'Det høres nesten uvirkelig ut, men vi [hele familien] dro av sted for min skyld.'

5.2 Omfang

30 av dem vi intervjuet sa at de hadde opplevd ubegrunnet overstyring. Mange brukte betegnelsen 'enmannsshow', og 'enmannsbetjent bil' uoppfordret. Det var tydelig at dette var kjente og treffende betegnelser. Hyppigheten av fenomenet også var jevnt fordelt i de fire gruppene. Det så imidlertid ut til å være en viss forskjell mellom by- og distrikts tjenester, og mellom stasjoner med stor og mindre aktivitet. Undersøkelsen kan gi inntrykk at det overstyres mest i distriktene. Rundt 15 av dem vi intervjuet fra mindre stasjoner fortalte hvordan overstyring kunne gå over til psykisk overkjøring og bevisst maktbruk. De sa også at det ikke bare gjaldt dem selv, men også andre personer og steder de visste om. Omtrent halvparten av informantene oppfattet ubegrunnet overstyring som et relativt utbredt fenomen, og to tredjedeler sa at de absolutt hadde observert det. Et representativt utsagn var 'Jeg har sett det mange ganger. Det er ikke noe hyggelig å se det skje, men jeg kvier meg for å gå inn i det. Det er liksom å bry seg om ting jeg ikke har noe med, og å sladre på andre.'

Når vi spurte hvem som utførte enmannsshow, er det ikke til å komme fra at én gruppe ble fremhevet: Eldre og erfarne. Ofte fagarbeidere, både menn og kvinner. Andre ble også trukket frem, men dette var kategorien som oftest ble nevnt. Som en sa, 'Hvordan skal du som andre års lærling våge å diskutere med en som har bekledd de røde klærne i mer enn 20 år før du ble født?' Yngre personell ble også nevnt, men disse var i et klart mindretall. En kommenterte relasjonen til jevnaldrende kolleger på følgende måte: 'Det går stort sett greit. De har vært der jeg er nå [som lærling], og de husker hvordan det var.' En annen sa: 'Det er enklere for dem som var lærlinger for ganske kort tid siden å sette seg inn i hvordan vi opplever samarbeidet med andre'. En annen trakk frem at denne gruppen ikke var så opptatt av egen

kompetanse: 'Det går ikke så mye prestisje i saken for dem. De har selv ikke vært med så lenge, og derfor tenker de heller ikke at de bør kunne alt.'

To grupper av informanter - nyutdannede fagarbeidere og uteksaminerte fra paramedic-utdanningene - så ut til å være spesielt utsatt for overstyring. En av informantene formulerte en forklaring som var representativ for hva de mente: 'Jeg tror de eldre som ikke har sittet på skolebenken på en stund kan føle seg truet av oss yngre.' Dette var et tema mange av informantene var opptatt av. Slik de tolket undertrykking av kompetanse kunne mye av det knyttes til skjult usikkerhet. En sa: 'For å gjemme usikkerhet fremstår de som overdrevent selvsikre'. Dette hadde både en individuell og kollektiv dimensjon. På det individuelle planet var det mange av informantene som vurderte det slik at de erfarne synes det var for belastende å vise frem egent ståsted, og at de dermed skjulte det på en overdreven måte. På det kollektive planet vektla mange at de hadde opplevd at det verken var en kultur i tjenestene for å stå frem med den kompetansen man har, eller å si fra at man selv erfarer seg som usikker. En sa, 'Her hos oss skal liksom alle være så flinke, og alt skal gå så kjekt og greit. Ikke rart de synes det er tøft å skulle si fra at de også er usikre'.

Ut fra informantenes erfaringer, var det imidlertid ikke bare individuell psykologi og det generelle stasjonsmiljøet som var årsaken til at de erfarne overstyrte i samhandlingen med uerfarne. Flere av informantene gav uttrykk for at de som kom tilbake fra etter- og videreutdanning også måtte ta litt av skylden. En sa, 'Jeg vet om noen som kommer med en holdning om at nå skal jeg vise dem. Da skjønner jeg at andre reagerer.' To av informantene tok faktisk selvkritikk for at de hadde kommet tilbake til tjenesten etter utdanning med for høye tanker om egen kompetanse:

Jeg husker at jeg kom tilbake fra NPU [paramedic utdanningen]. Nå skal det bli andre boller tenkte jeg. Men det ble det jo ikke. Jeg merket fort at jeg ikke bare skulle komme her og komme her. Og jeg forsto at jeg hadde vært litt raskt frempå. Man blir ikke akkurat verdensmester av NPU heller.

Flere av informantene hadde hørt paramedic kolleger snakke nedsettende om fagarbeidere seg i mellom, og om hvor viktig det var å ha kompetanse som paramedic.' Dette ble beskrevet som å skyte seg selv i foten: 'Skal vi nyutdannede fra paramedic få respekt og gli inn i miljøet, så er første bud å ikke være hovne.' Til syvende og sist mente mange at det måtte være en gjensidig

tilpasning i miljøene: De erfarne må tilpasse seg utenfra, men de innenfra må også tilpasse seg dem som kommer utenfra.

Men i det store og hele mente informantene at problemene som oppsto når nyutdannede hadde for høye tanker om egen kompetanse var ubetydelige i forhold til de overstyrendes holdninger. Når uerfarne opplevde systematisk og ubegrunnet overstyring, unødvendig brutal kommunikasjon og emosjonelle utbrudd fra kolleger, følte de seg i en håpløs posisjon. Maktesløsheten var spesielt stor når det oppsto konfliktfylte relasjoner til egne makkere eller fartøysjefer. Det var derfor naturlig å spørre informantene hvordan de følte at de kunne snakke om overstyring med andre kolleger som hadde roller som veiledere, ansatte kontakter eller tillitsvalgte. En del sa at de hadde gjort dette med hell, og at det resulterte i positive prosesser og bedring. Flere av informantene mente imidlertid at de hadde fått lite hjelp fra andre ressurspersoner i miljøet. En sa 'Jeg følte aldri at noen var der for meg'.

Noen få opplevde faktisk at de fikk negative reaksjoner fra tillitsvalgte etter at de hadde tatt initiativ til å snakke om vanskelige relasjoner til makkere. De opplevde å bli oppfattet som hårsåre og sutrete, og de synes de møtte en holdning om at 'Dette måtte de kunne tåle'. Alle som hadde møtt disse holdningene mente at de var basert på en manglende forståelse av hvor vanskelig det var å forholde seg til makkere når konfliktnivået var høyt.

Ti av respondentene hadde mange års erfaring fra tjenestene (6 tidligere paramedic studenter og 4 vikarer som hadde hatt engasjementer gjennom mange år). Et interessant funn var at alle disse klart gav uttrykk for at det var mer overstyring før enn nå. Dette ble knyttet til profesjonaliseringen av yrket, oppgjør med tilstivnede praksiser og markert avstand til gamle 'stasjonskulturer'. En informant som var nyutdannet paramedic gav en representativ beskrivelse av den generelle holdningen:

Vi blir ikke bare flinkere til å arbeide med pasientene. Vi blir også dyktigere på det mellommenneskelige. Det har skjedd en utvikling her også. Jeg tror det skyldes en økende bevissthet rundt holdninger og væremåte. Etikk og kommunikasjon som vi lærer mer om har mye å si, også for oss [kolleger] i mellom.

Flere mente at det var oppmerksomhet rundt relasjonelle forhold i tjenestene nå enn for bare fem år siden. Samtidig mente mange at overstyring fortsatt er et problem. Som en sa: 'Det skjer stadig vekk, hos oss er det en skikkelig utfordring.' Omfanget var relativt likt fordelt i gruppene

vi intervjuet, men de som kom direkte fra paramedic utdanningene så ut til å være spesielt utsatt. En hadde en forklaring som var representativ for hva denne gruppen mente: 'Før jeg nesten rakk å si et ord følte jeg at jeg møtte en forventning om at jeg måtte roe meg ned. Jeg tror mye av grunnen var usikkerhet hos ham [fartøysjefen].'

Noen av vikarene som hadde andre profesjonsroller opplevde noe tilsvarende. En sykepleier sa det på følgende måte: 'Jeg fikk en klar forståelse med en gang om at jeg bare kunne glemme det meste jeg kunne om sykepleie. Her var det prehospital akuttmedisin som gjaldt. Jeg skjønnte jo etter hvert at dette ikke var riktig, men det var ikke akkurat noe jeg kunne snakke så mye om med makker. Da hadde det blitt bråk'. En av vikarene var medisinstudent på fjerde året, og også han fikk en klar forståelse av at han måtte 'nullstille seg' som han sa. Han syntet selv at mye av det han hadde lært som student var langt mer relevant enn det makker tilsynelatende mente, men også denne vikaren valgte å holde en lav profil for å unngå konfrontasjon og konflikt.

5.3 Konsekvenser

Rundt 10 av informantene fremhevet konfliktfylte bytter av makkere som negative konsekvenser av overstyring. Sykefravær, ofte langvarig, ble trukket frem som en følgekonsklusjon av de mer umiddelbare problemene. Som oftest kom dette etter en tid, som resultat av langvarig irritasjon og gjentagende negative opplevelser. Dessverre var det også eksempler på alvorlige enkelthendelser som førte til at noen fikk emosjonelle reaksjoner ganske raskt. En fortalte at hun hadde fått en overhøvling for ikke å ha gjort kjøretøysjekk godt nok, og sa at den preget henne i lang tid. 'For ham var det kanskje ikke så viktig, men for meg satt det dypt. Jeg brukte lang tid på å komme meg til hektene. En hadde knekt fullstendig sammen og 'møtte veggen' som hun sa. Riktignok var det også andre ting i privatlivet som bidro til at hun ble utbrent, men den konfliktfylte relasjonen til fartøysjefen var utslagsgivende. 'Alt på jobben gjorde at det rant over. Uten det hadde jeg klart meg greit'

Når det gjaldt konsekvenser i pasientarbeidet, la flere av informantene vekt på at pasienters adferd tydet på at de merket og reagerte på dårlig samarbeid. Enkeltobservasjoner som ble fremhevet var en pasient som 'himlet med øynene' og en annen som 'irettesatte makkeren min'. En pasient virket usikker på hva som kom til å skje – og hva som var det beste handlingsvalget - da han ble vitne til diskusjon mellom makkere. For de involverte personellet

var det ikke uvanlig med diskusjon, men vikaren som opplevde hendelsen tenkte på hvordan pasienten oppfattet det: 'Dette betyr lite for oss i den store helheten, men det kan bety mye for pasienter i starten av deres opplevelse av helsevesenet.'

Flere av informantene mente at uenighet noen ganger fikk psykologiske konsekvenser for pasientene. En informant fortalte om en episode der hun opplevde en bråk reaksjon fra makker enda hun selv mente hun kom med et godt forslag. 'Det som skjedde var at jeg nevnte at vi kanskje burde konferere med AMK før vi bestemte oss for hva vi skulle gjøre'. Fartøysjefen var uenig, og det ble oppfattet som greit nok. Men måten han la det frem på ble ikke opplevd som spesielt hyggelig. 'Han sa 'Nå gjør vi det på denne måten. Punktum finale. Dette merket pasienten, og jeg er ganske sikker på om han dermed ble usikker på om det var riktig'.

Informanten var klar over at kommentaren hans om alternative handlingsvalg kunne skape reaksjon, men mente han måtte veie denne sannsynligheten opp mot de mulige negative konsekvensene av fartøysjefens forslag. Informanten sa at han tenkte på at det kunne bli konflikt, men at han bare måtte ta sjansen, fordi det kunne 'gå utover pasienten'. Flere av de andre informantene fortalte om lignende dilemmasituasjoner. De gav uttrykk for at de visste at det kunne oppsto konflikt hvis de markerte uenighet, men at det var etisk betenkelig å ikke si fra. Noen ganger ble resultatet imidlertid at kommentarene gjorde vondt verre: informantenes innspill ble ikke en gang vurdert, og pasientene ble usikre på om de fikk den beste hjelpen.

Noen av dem vi intervjuet la vekt på at ambulansetjenester skal være helsevesenets utstrakte hånd, og at det ikke er bra hvis pasienter opplever at helsepersonell de møter i krisesituasjoner ikke en gang klarer å samarbeide. Flere påpekte at det er spesielt uheldig når overstyring resulterer i feil handlingsvalg. Et eksempel som ble nevnt var en pasient som etter informantens mening ble kjørt til feil leveringssted. En annen mente at fartøysjefen hadde bestemt at de skulle kjøre dit det var kortest, fordi det nærmet seg vakt bytte. Informanten mente selv at pasienten burde vært transportert til et sykehus lenger unna.

Flere fortalte mer konkret om episoder der de mente at pasienter ikke fikk behandlingen de skulle. En sa: 'Det virker som det er viktigere å ikke tape ansikt enn å inkludere andre i beslutninger. Jeg mente bestemt at mitt forslag var viktig å vurdere'. I det hele tatt mente informantene at fokuset på kompetanse ofte ble borte i de konfliktfylte relasjonene. En typisk

holdning de synes de møtte ble beskrevet som 'Kompetanse blir sett på som en trussel'. Spesielt noen av lærlingene og de nyutdannede fagarbeiderne syntes de møtte holdninger av denne typen. De nyutdannede fra paramedic utdanningene var mer opptatt av at de opplevde mistro til dømmekraften deres. 'Jeg opplevde for så vidt ikke at han var skeptisk til kunnskap, men til om jeg kunne omsette det i praksis. Jeg synes jeg møtte en holdning om at 'det må man ha holdt på med i mange år før man kan det ordentlig.''

Noen av informantene la vekt på hvordan overstyring og konfliktfylte relasjoner hadde betydning for tjenestene. De trakk spesielt frem økonomisk-administrative konsekvenser som følge av fravær, overtid for resten av mannskapet, tap av kompetanse og ressurskrevende rekruttering og opptrening av nye. Som en sa, 'For hver som faller fra må en ny trenes opp. Dermed går gevinsten opp i røyk'. Flere la vekt på at mistrivsel og konflikter på bilene kunne resultere i merarbeid for stasjonsledere. En hadde en god observasjon: 'Det kan virke vanskelig å finne tid til personalsaker. Men lederne får det i fanget igjen senere hvis det utarter. Da må de virkelig bruke mye tid på brannslukking, enten de vil eller ikke.'

5.4 Forebygging

Informantene var enige i at hovednøkkelen til å unngå ubegrunnet overstyring er at hver enkelt går i seg selv. Et representativt utsagn var 'Det må være lov å innrømme at man ikke kan alt og vet alt, og at det er greit å slippe til andre uten å tape ansikt'. Samtidig mente de fleste at det var begrenset hvor mye dette kunne hjelpe. Som en sa, 'De som driver med overstyring tenker jo ikke vanligvis at de gjør det. Og det kan sitte langt inne å innrømme det.' For å redusere omfanget av fenomenet, mente de fleste at det var mer relevant å angripe fenomenet på systemnivå, slik at de ble slutt på en 'ukultur', som en sa.

Et poeng ville da være å gjøre dem som kanskje ikke tenker så mye på egne praksiser mer oppmerksomme på hvordan de oppleves. En av vikarene gav en treffende beskrivelse. 'Jeg tror ikke de som driver med dette alltid tenker så mye på hva de gjør. Hvis det ble mer fokus på fenomenet i møter og fagdager, så ville alle kanskje gått mer i seg selv.' Informantene var enige om at det å rette søkelyset på overstyring i personalgruppa var et lederansvar. Det var derfor naturlig å spørre dem hvordan de tenkte at ledere kunne iverksette tiltak. Alle hadde tenkt en del på dette, og intervjuene avdekket mange synspunkter. Til sammen pekte informantene på fem strategier de mente det var mulig å bruke.

Bedre dialog i pasientarbeidet. Mange sa at det burde bli mer aksept for diskusjoner på tvers av kompetanseplattformer. Et representativt utsagn var 'Man må være innstilt på å ta diskusjoner så sant det ikke er over pasientene, selv med de som er nyutdannete og har lite erfaring'. Flere av informantene påpekte at så lenge ambulanser skal bemannes med to ambulanspersonell, må all kompetansen utnyttes slik at man ikke risikerer å halvere den reelle beredskapen: Dette var noe som burde formidles til personalgruppene, for å forebygge og avverge konflikter. Flere av informantene tok til ordet for at reelt samarbeid og god utnyttelse av enheters samlede kompetanse burde innføres som et krav til forsvarlig virksomhet i tiltaksbøker og systemrelaterte føringer.

Diskusjon på stasjonen. En stor andel av informantene sa at atmosfæren for diskusjon på vaktrommet kunne vært bedre, og at det burde være mer fokus på faglige temaer. Flere understreket at diskusjonsklimaet ikke burde avhenge av hvem som er til stede. Som en sa, 'Man bør tørre å si det man mener uavhengig av om fagarbeider Ola på 60, eller paramedic Kari på 45 er der'. Noen av informantene understreket at uerfarne burde inkluderes mer i plenumsdiskusjoner. Et representativt utsagn var 'De beste lærlingene og vikarene skal ikke være dem som sitter stille og ikke sier noe.' Å bidra til takhøyde for fagdiskusjoner, og skape en stemning som gjør at alle tør å våge seg frempå, ble fremhevet som et spesielt lederansvar. Som en sa 'Ledere må kunne klare å se dem som av ulike grunner ikke sier så mye. Noen ganger kan det jo være at de egentlig ønsker å si mer, men at de av ulike grunner holder seg i bakgrunnen.'

Rom for læring. Informantene understreket at alle trenger hjelp til kompetanseutvikling. Som en observerte, 'Alle har startet på null, sånn vil det alltid være'. Mange fremhevet også at ingen kommer komplett ut av lærlingeløp eller paramedic studier: 'Det må være en kultur hvor det er lov å være fersk, ung og lærevillig.' Men som en også sa, 'Alle har noe å lære bort'. Flere av informantene fremhevet at selv eldre og erfarne har godt av å bli utfordret. En påpekte at 'Man kan lære noe selv av å oppdage at det plutselig ikke var så enkelt å gi et godt svar på et 'dumt' spørsmål.' Flere sa at det å lære å kjenne seg selv som menneske – og å forstå hvordan man blir oppfattet - er en forutsetning for å kunne lære opp og ivareta andre over tid. Det å skape en kollektiv bevissthet om at alle har et utviklingspotensiale, var et viktig punkt for informantene. Flere påpekte at ledere gjerne kunne gå foran som gode eksempler: Hvis de innrømmet at de også kunne bli

bedre innen ulike områder, så ville det være enklere for resten av personalgruppa å erkjenne det samme overfor seg selv og andre.

Bruk kunnskap fra andre områder. Flere foreslo at ambulansetjenester kunne dra nytte av kunnskap om viktigheten av teamarbeid fra andre profesjonsområder. Flere nevnte luftfart. En sa: 'Her jobber to personer tett i cockpit for at alt skal foregå på en trygg og forsvarlig måte. En er kaptein, den andre styrmann. De bytter på arbeidsoppgavene, og skal kunne det samme.' En annen av informantene understreket at 'Akkurat som man andre steder jobber mot det samme målet om at den som ikke ennå formelt sett er leder en gang skal bli det, så bør fartøysjefer i ambulanser forberede uerfarne på roller de en gang kan få'. Flere av informantene understreket at makkere skal være trygge på hverandre, og at det er spesielt viktig den dagen det skjer noe uforutsett: 'Vi må ha en beredskap for den dagen vi virkelig har bruk for alt vi kan.' En hadde et godt poeng: 'Det er den dagen det stormer som verst det virkelig blir tydelig hvor godt samarbeidet er og hvordan vi utfyller hverandre'. Informantene var enige om at under de aller fleste vanlige turer kom de seg helskinnet gjennom oppdraget. Men når det virkelig sto på, så ble det synlig hvor godt samarbeidet var, og det var da dårlig samhandling virkelig kunne komme til syne.

Juridisk beredskap. Flere var opptatt av at enmannsshow faktisk var i strid med lovverket: 'For det er jo egentlig sånn i dag også, at det skal være enighet om behandling og leveringssted. Det skal være dobbeltkontroll av medikamenter, det er dessverre bare slik at det ofte ikke fungerer sånn.' Flere reiste spørsmålet om ambulansetjenester burde innføre strenge sjekklister for at alle skal kunne si hva de mener, og for å sikre at eventuell uenighet kan dokumenteres. Men de så også en fare ved dette, i forhold til merarbeid, enda flere kilder til konflikt, og unødvendig tidstap i forhold til reell gevinst. Som en sa, 'Hvis vi skal stå og diskutere hvem som skrive under på hva, så bruker vi jo bare enda mer tid.'

Nå de ble spurt om forebygging, var det faktisk mange av informantene som fremhevet alle disse punktene, mer eller mindre eksplisitt. I tillegg la flere vekt på at forebygging av overstyring kan iverksettes på ulike stadier, tidlig og senere i samarbeidsrelasjoner. Mange var opptatt av at jo tidligere man griper tak i gryende konflikter, jo bedre er det, og at generell forebygging ikke nødvendigvis må koste så mye krefter. Som en sa, 'Vi burde snakket om det

på stasjonen. Det hadde ikke tatt lang tid for stasjonsleder å ta opp dette på et personalmøte slik at vi kunne diskutert det sammen.'

Som nevnt over trakk en av informantene trakk en slående parallell til brannslukking. Han utdypet: 'Det er som med branner. Man kan hindre at de starter, avverge tilløp til brann og slukke det som allerede brenner. På samme måte kan man forebygge enmannsshow, avverge det, men man kan også, selv om det sjelden er en god ide, stå og se på at konfliktene forverrer seg helt til det bryter sammen.' Mange av informantene var opptatt av hvor viktig det var å være i forkant. Alle så forebygging som et ideal, selv de så at det var ressurskrevende. De mente at dette var et område hvor man virkelig får igjen for investeringen, hvis man bruker ressurser i forebyggende arbeid.

6. Diskusjon

For dem som selv ikke føler kollegapaternalisme på kroppen eller ser det i sitt nære profesjonsmiljø, kan det fortone seg som vanskelig å forstå at systematisk overstyring av kompetanse kan være et utbredt fenomen. Men det er ikke alltid så lett å forstå hva som skjer rundt om i hver enkelt enhet, og heller ikke hvordan egne eller andres handlingspraksiser blir opplevd. Denne rapporten er basert på intervjuer med ambulansepersonell fra alle helseforetak, med ulike aldre og variert bakgrunn og utdanning. Ut fra svarene er det god grunn til å tro at undertrykking av kompetanse er et fenomen som bør tas på alvor.

Det er viktig å huske at de som opplever kollegapaternalisme ofte er i en fastlåst situasjon. Som studien viste er det mange som føler at de ikke klarer å løse problemene selv, ved å snakke med makker eller andre kolleger. Dermed får ledere et spesielt ansvar. Det hører med til lederrollen å våge å gå inn i konflikter mellom medarbeidere, så lenge konfliktene har en negativ effekt på enkeltindividene, samhandlingen i virksomhetene og til syvende og sist kvaliteten og sikkerheten i pasientarbeidet (Northouse 2013). De negative konsekvensene kan ikke nedprioriteres som ubetydelige og uunngåelige bieffekter av å sette sammen makker med ulike kompetanseplattformer. Hvis kompetanse undertrykkes, har det en dominoeffekt som preger det operative arbeidet (Hjertø 2013).

Med andre ord, å ta vare på dem som blir utsatt for ubegrunnet overstyring er ikke bare et personalansvar. Å motvirke kompetanseundertrykking på enhetene faller inn under lederes ansvar som virksomhetsledere. Grunnen er at god ledelse kan defineres som det å nå overordnede virksomhetsmål gjennom kunnskapsbasert praksis og dedikerte medarbeidere (Nordby 2009, 2014b). Her er definisjonen som brukes i *Samhandling i prehospitalt arbeid*, boka som brukes som grunnbok i emnet om kommunikasjon i paramedic-utdanningene (Nordby 2014b):

Ledelse. Å være en god leder er å gjøre medarbeidere bevisst på hvilke resultatmål virksomheten jobber mot, få dem til å anerkjenne målene som viktige, og skape interesse og engasjement for at virksomheten når dem. Når medarbeidere har relevant kompetanse, og når det er praktisk mulig å inkludere dem i beslutninger, bør de også være med på å utforme virksomhetens mål.

Det finnes andre definisjoner av ledelse som legger mindre vekt på å oppnå mål gjennom dedikerte medarbeidere (Arnulf 2012). Colbjørnsen (2004, s. 13) hevder for eksempel at «ledere

utøver godt lederskap i den grad de får sine medarbeidere til å bidra til å realisere virksomhetens mål». Denne definisjonen åpner opp for å bruke medarbeidere som midler – som brikker i et spill – for å oppnå strategiske mål. Og i *prinsippet* kan jo dette gjøres med ganske brutale virkemidler, for eksempel ved å gi direkte ordrer - uten at medarbeidere har en genuin indre motivasjon. Men i *praksis* er det sjelden vellykket. Hvis medarbeidere føler at de ikke er med på laget, så vil det påvirke engasjement og motivasjon, spesielt på lang sikt (Ekeland 2014).

Så selv Colbjørnens definisjon, og andre definisjoner som legger betydelig vekt på måloppnåelse, vil i realiteten anse det å skape motiverte medarbeidere og kunnskapsbaserte praksiser som avgjørende virkemidler for å nå resultater. Konflikter og overstyring av kompetanse preger kvaliteten på pasientarbeidet, samme hvordan kvalitetsbegrepet defineres og evalueres (Nordby 2009). Det vil derfor alltid være relevant for ledere å håndtere konflikter som preger kollegasamarbeid (Blandhol 2014, Høst 2014,).

6.1 Å ta utgangspunkt i eksisterende kompetansenivå

Fartøysjefer er også ledere, og faller dermed inn under den overnevnte definisjonen av ledelse. I tillegg har de ofte en formell veiledningsrolle med de pliktene det innebærer. Og selv når en lederrolle ikke er formell, hører det med til den yrkesetiske profesjonsplikten å bidra til utvikle kollegers kompetanse. Dette siste poenget gjelder for alle helsearbeidere, men er selvsagt spesielt viktig for veiledere og andre operative ledere. Videre vil jeg for enkelthets skyld fokusere en del på veiledningsrelasjonen i prehospitale tjenester, men det vil være enkelt å forstå hvordan poengene om kompetanseutvikling er relevante for alle helsearbeidere som kan (og bør) bidra til at kolleger utvikler teoretisk eller praktisk kompetanse.

Det er spesielt viktig å huske at veiledere går utover sitt mandat hvis de i pasientarbeidet legger en for tung bær på skuldrene til uerfarne som (ennå) ikke er ansatt som kvalifiserte fagarbeidere (Lauvås & Handal 2010): I disse situasjonene er det veilederne som har det operative pasientansvaret for enkelthandlinger som utføres. Selv om dette ansvaret ikke må forveksles med det overordnede ansvaret ansvarlige leger har, så er det betydelig. Personellet på enheten må selvsagt stå inne for handlinger de selv velger, og når en lærling velger enkelthandlinger under oppsyn av veileder som har bestemt hvordan undersøkelsesforløpet skal foregå, så er det veileder som ansvarlig for kvaliteten på disse handlingene.

I tillegg har veiledere et mindre formelt (men like fullt profesjonelt) ansvar for å utvikle andres forutsetninger for å forstå. Å gi noen beskjed om at de skal handle på bestemte måter uten at de forstår grunnen, utvikler ikke denne evnen. Dette skjer typisk når veiledere i liten grad legger til rette for to-veis kommunikasjon. En av informantene i undersøkelsen fortalte en historie fra da han var lærling som virkelig får frem hvor viktig dette poenget er:

Jeg mener selv at jeg var en lærling som var ivrig etter å lære. Veilederen min var flink til å gi instruksjoner om hvordan utstyret vårt fungerte, men ikke så interessert i å diskutere hva som var gode handlingsvalg i utfordrende situasjoner. Han var opptatt av å *vis*e hva som var god praksis – ved å gå foran som et godt eksempel – men han hadde en direkte kommunikasjonsstil som i liten grad var egnet til å hjelpe meg til å forstå grunnlaget for vanskelige handlingsvalg. I situasjoner der vi måtte handle raskt opplevde jeg at han ofte hadde en ubehagelig og brysk tone. Han uttrykte også kritiske bemerkninger om det jeg gjorde eller ikke gjorde, og kommentarene var ikke spesielt konstruktive. Jeg forsto for så vidt at det i akuttsituasjoner kunne være nødvendig å være direkte i kommunikasjonen, men jeg savnet virkelig avklarende samtaler etterpå. I den grad vi snakket om akuttsituasjonene, følte jeg at jeg ble utsatt for kryssforhør og stilt til veggs for ikke å ha gjort de riktige tingene. Jeg fikk høre at det ikke var riktig å handle sånn-og-sånn, men fikk ikke en forståelse av hva det riktige alternativet var og hvorfor det var riktig. Veilederen min beklaget sjelden sin egen veiledningsstil. Det var akkurat som han var redd jeg skulle miste respekt for ham hvis han gjorde det. I virkeligheten var det motsatt. Jeg fikk mindre respekt for ham fordi han aldri tok selvkritikk.

Eksemplet viser viktigheten av at veiledere snakker med lærlinger om sin egen veiledningsform. Veilederen gjorde ikke noe som formelt sett var uriktig da han kommuniserte som han gjorde. Det var bare at han ikke gav forklaringer som var tilpasset lærlingens perspektiv, og at han hadde en militærlignende, kommanderende stil som ikke svarte til lærlingens preferanser. Han praktiserte en form for ledere som gjerne assosieres med god gammeldags linjeledelse der en 'underordnet' får ordrer av en 'overordnet' (Nordby 2009, 2015). Når kommunikasjonsstilen i tillegg gjorde informanten mer nervøs og usikker, slik at hun låste seg i vanskelige situasjoner, gjorde den dårlige kommunikasjonen bare vondt verre. Nå er det jo ikke sikkert veilederen opplevde seg selv som kommanderende, men det får bare fram poenget. Det er hvordan han fremsto som avgjorde hvordan han påvirket lærlingen, ikke hvordan han definerte seg selv.

6.2 Pedagogiske forpliktelser

Samtidig må man ikke gå for langt ut til den andre siden. Det er ikke tilstrekkelig å være hyggelig og imøtekommende. Veiledere som har en avslappet omgangsform og i liten grad fokuserer kritisk på kompetansemål, kan oppleves som trivelige og sympatiske bekjenskaper, kanskje til og med som venner eller kamerater. Men det er ikke sikkert de som får veiledning er like fornøyde når de i fremtiden ser seg tilbake i tid etter å ha fått underkjent kompetanseprøver, fordi veilederne ikke tok skikkelig tak i utfordringene de strevde med.

Det samme poenget er selvsagt relevant i instruksjonstrening som ikke involverer en veiledningsrelasjon. I vanlig simuleringstrening med SIM dukker er det for eksempel avgjørende å fokusere realistisk på målene for de tekniske ferdighetene (Sollid 2010). Hvis målene er uklare eller uopnåelige for deltagerne i øvelsene, hjelper det ikke om instruktører fremstår som vennlige og forståelsesfulle.

Det er dessuten mulig å være sympatisk og imøtekommende uten å gi gode forklaringer. Helsearbeidere som velmenende forteller 'at' noe skal gjøres på en bestemt måte, gir ikke like gode forklaringer som de som også forklarer 'hvorfor'. Å høre 'at' en handling er riktig fra en person som har greie på det han snakker om, har selvsagt verdi. Men da går det etter mester-svenn prinsippet – man hermer etter en annen – og dette blir i stadig større grad ansett som en gammeldags modell for kompetanseutvikling (Tveiten 2005, Aubert & Bakke 2008). Det er formidling av begrunnelser som gir andre den innsikten som gjør at de kan utvikle et selvstendig forhold til kompetansemål.

6.3 Situasjonsbestemt ledelse

Det betyr selvsagt ikke at veiledere alltid kan bruke mye tid til å diskutere vanskelige handlingsvalg. Noen ganger har man ikke nok tid (Nordby 2014b), og noen ganger er det nødvendig å unngå diskusjon foran pasienter og pårørende. Problemet oppstår når de som er førende i pasientarbeidet blir endimensjonale i form og fremtoning – når de snakker likt til alle uavhengig hvem de kommuniserer med og hva slags situasjon de står overfor.

Generelt er dyktige veiledere flinke til å tilpasse seg publikummet de står overfor. De veksler mellom ulike kommunikasjonsformer, avhengig av situasjon, mål og virkemidler. Gode ledere utøver det som i faglitteraturen kalles situasjonsbestemt ledelse. Grunnideen i

situasjonsbestemt ledelse er at det er situasjonen ledere står overfor som legger føringer på hva slags kommunikasjonsform det er riktig å bruke (og ikke omvendt). Dette knyttes også spesielt opp mot den kompetansen medarbeidere har til å gjøre selvstendige vurderinger. Thompson (2011, s.24) gir en god beskrivelse av grunnideen i situasjonsbestemt ledelse:

Etter hvert som medarbeideren begynner å beherske arbeidsoppgaver, må lederen redusere graden av styring samtidig som lederen viser en stor grad av støttende adferd. Når medarbeideren behersker arbeidsoppgaven, skal lederen redusere styring og støtte til et minimum. Kjernen i situasjonsbasert ledelse er at medarbeiders modenhetsnivå til å løse en bestemt oppgave er en kritisk situasjonsvariabel som bestemmer hva som vil være den optimale leder stilen.

Ideen er at ”medarbeideres modenhetsnivå blir presentert som et kontinuum som varierer fra umoden til moden” (ibid). Mellom disse må ledere finne en balanse mellom å styre og støtte. For å forstå hvordan ulike former for situasjonsbestemt ledelse er relevant i kollegarelasjoner, kan vi ta utgangspunkt i noen av de formene for ledelse som ofte har blitt trukket frem innen situasjonsbestemt ledelse.

Noen ganger er det nødvendig å utøve en *instruerende* ledelse. Som Thompson (2011, s.41) observerer, er en ”instruerende leder stil en sterkt styrende adferd...Lederen setter i gang arbeidet, tar avgjørelser og holder seg oppdatert med utviklingen.” Instruerende ledelse er spesielt relevant innen tverrfaglig skadestedsledelse, og ikke bare fordi det må handles raskt: Når ulike profesjoner jobber sammen har de begrenset innsikt i andre parters beslutningsgrunnlag for handlingsvalg. Det er et lederansvar å skape samarbeid, men det er ikke enkelt å forklare bakgrunnen for egne valg til samarbeidspartnere med andre faglige ståsteder. Dermed blir det noen ganger nødvendig å gi konsise og klare instruksjoner, spesielt i akuttsituasjoner (Eriksen 2011). Det sier seg selv at det ikke er mulig å gå inn i omfattende diskusjoner om handlingsvalg under mange operasjoner inne på sykehus, eller prehospitalt på et stort skadested der ting må skje raskt. De som har beslutningsmyndighet – forhåpentligvis de mest kompetente - må gi klare ordrer om for eksempel triagering eller andre tiltak der og da. Diskusjoner om hva som til syvende og sist var de beste handlingsvalgene må tas i etterkant - i mer eller mindre formelle debriefings arrangementer - slik at mannskapet kan utvikle beredskapen til neste gang en lignende situasjon inntreffer. I ettertid har man jo også mulighet til å vurdere konsekvensene av de handlingene som ble valgt, slik at dette kan gå inn i

beslutningsgrunnlaget for vurderinger om hvordan det er riktig å handle neste gang en noenlunde lik situasjon inntreffer.

Det motsatte av instruerende ledelse betegnes ofte som *deltagende* ledelse. Denne lederformen passer typisk i situasjoner der ledere og medarbeidere har tid til diskusjon, og når de har felles forutsetninger for å nå frem til enighet (Eriksen 1999). Et eksempel kan være et vanlig personalmøte der alle skal være med å diskutere praktiske forhold rundt de daglige aktivitetene ved en stasjon:

Ved en ambulansestasjon er det frigjort et rom til trening. Spørsmålet nå er hva slags treningsapparater det kan være passende å ha. Saken blir tatt opp som et punkt på et vanlig personalmøte. Det diskuteres frem og tilbake, og det blir til slutt enighet om hva slags utstyr som skal kjøpes inn.

Dette er et eksempel som kunne vært hentet fra nær sagt hvilken som helst virksomhet, men det illustrerer bare poenget: Det er normalt ikke noe grunn til å tro at ledere er mer kompetente enn resten av personalgruppa til å gjøre vurderinger om hva slags utstyr et treningsrom bør ha. Kunnskap om dette eksisterer på tvers av de formelle skillelinjene i organisasjonene (og det er jo ikke alltid lederne som trener mest...). Dermed er alle i utgangspunktet kompetente til å komme med innspill, og ledernes rolle blir mer praktisk enn styrende. De vil typisk orientere om de økonomiske rammene for innkjøp og andre faktorer som legger føringer for hvilke muligheter som foreligger. Deretter kan alle være med på å finne realistiske løsninger. Innen deltagende ledelse er ikke målet bare å få innspill fra medarbeidere. De skal også delta i avgjørelser om hva det er riktig å gjøre. Ledere blir beslutningstilretteleggere istedenfor beslutningstagere (Nordby 2009).

Nå er det jo ikke alltid medarbeidere faktisk har kompetanse til å uttale seg om en sak. Deltagende ledelse kan med andre ord bare være passende når medarbeidere har relevant kunnskap. Hvis de er med på å bestemme over egne praksiser og arbeidshverdag ut fra begrenset innsikt, kan det gå galt av sted. Som Thompson (2011, s.46) tørt påpeker, bør ikke den deltagende lederformen "brukes i situasjoner der medarbeideren mangler kunnskap om hvordan han eller hun skal utføre et arbeid."

Skillet mellom instruerende og deltagende ledelse er helt generelt, men det har en slående konsekvens for problematikken knyttet til kollegapaternalisme: Når noen blir overstyrt

i en situasjon der overstyring er ubegrunnet, så blir instruerende ledelse brukt i en kontekst der en mer deltagende kommunikasjonsform hadde vært passende. Ensidig instruerende ledelse er rett og slett uriktig bruk av mulighetene innenfor situasjonsbestemt ledelse. Det samme er selvsagt ensidig bruk av deltagende ledelse. Ledere kan ikke *alltid* inkludere andre i beslutninger.

Vi må også huske at selv når det ikke foreligger en formell veiledningsrelasjon – eller lederrelasjon – så er poenget om å kombinere instruerende og deltagende ledelse like relevant. Hvis en person som ikke en gang har en uformell lederrolle generelt praktiserer instruerende ledelse – i kontekster som ikke berettiger denne formen for ledelse - så gjør han en dobbelt feil. For det første har han ikke myndighet til å ta føringen. For det andre utøver han en form for ledelse som ikke passer til rollen han har. Det betyr ikke at det alltid er riktig å praktisere en deltagende form for ledelse når ingen formelt sett er ledere på en enhet. Hvis det reelt sett er kompetanseulikheter, eller hvis de må handles raskt (eller hvis det er andre grunner til å utøve direkte kommunikasjon) har man i for stor grad tilpasset seg det deltagende paradigmet hvis man går inn i inngående diskusjoner med kolleger.

6.4 Coachende ledelse

Verken instruerende eller deltagende ledelse passer som en generell norm for ledelse. I den grad det gir mening å si at en form for ledelse i *utgangspunktet* bør være førende når det eksisterer ulike kompetansenivåer – så er det en tredje form for ledelse som er mer passende. *Coachende ledelse* er en mellomting mellom instruerende og deltagende ledelse (Thompson 2011, Buchbinder & Shanks 2012).

Denne formen for ledelse er avledet av det generelle begrepet coaching, som betyr å trene opp andre gjennom å styrke den kompetansen de allerede har. En leder som praktiserer coachende ledelse har et styrende ansvar og tar selv avgjørelsene, men lar andre slippe til med vurderinger og argumenter som grunnlag for handlingsvalg. Coachende ledelse passer godt i situasjoner der det formelt sett foreligger et maktforhold i relasjonen – selv om alle parter reelt sett har så god kompetanse at de bør komme med innspill og delta i beslutninger. Ideen er at en av partene – den som coacher – generelt er på et høyere kompetansenivå, men at forskjellene ikke er så store at ren instruerende ledelse er passende (Buchbinder & Shanks 2012).

Et typisk eksempel kan være en fartøysjef på en ambulanseenhet som coacher en yngre makker uten lang fartstid i tjenesten, men som likevel har god skolering fra videre- og etterutdanning til paramedic. Ved å koble de som har lang praksistrening og mye erfaring sammen med nyutdannede som har oppdatert teoretisk kunnskap kan man få det beste fra to verdener: Erfaringsbasert taus kunnskap, klinisk dømmekraft og årelang trening i å gjøre kloke handlingsvalg kan suppleres med nye innspill og evidensbaserte tilnærminger til komplekse utfordringer.

Makkere på bilene er ofte satt sammen ut fra ulike kompetanseplattformer, og det er i utgangspunktet forståelig. Man må like fullt huske at det å organisere tjenestene på denne måten i seg selv ikke er noen garanti for vellykket samarbeid. Det at det foreligger en formell samarbeidsrelasjon betyr ikke at relasjonen virkelig er god. Den må også fungere i praksis, og det er en lederoppgave å sette sammen team der man får ut det beste fra hver enkelt. Som Buchbinder og Shanks (2012, s. 26) understreker, så er det en grunnide i coachende ledelse at "the leader focuses on the personal development of his or her followers" Eksemplet over fokuserte på lærlinger, men coaching er også relevant på høyere ledernivåer: «A coaching style is recommended for the top personell in an organization.»

Men coaching er like relevant for dem som jobber direkte mot pasientene. Som Frich observerer, er "en av de store ledelsesutfordringene i en kunnskaps- og kompetansevirksomhet som helsevesenet, er å bidra til at medarbeidere utvikles til «medledere» – at de får innsikt i og begreper om organisasjonen de er del av". Den amerikanske forskeren Gardner (1990, s.36) er en av dem som tydeligst har understreket betydningen av formell og uformell medledelse:

... the most promising trend in our thinking about leadership is the growing conviction that the purposes of the group are best served when the leader helps followers to develop their own initiative, strengthens them in the use of their own judgement, enables them to grow, and to become better contributors ... To the extent that leaders enable followers to develop their own initiative, they are creating something that can survive their own departure.

Men dette forutsetter at medarbeidere blir inkludert ved at de lærer de komplekse beslutningsgrunnlagene for vanskelige vurderinger. De må ledes inn i en profesjonsfaglig kultur der de selv finner en rolle som beslutningstagere med en egen autonom integritet. Men det må forankres i en likeverdig kommunikasjon, åpenhet og gjensidig respekt.

Igjen må vi understreke at idealene om omfattende kommunikasjon må kunne fravikes. Av de grunnene vi har pekt på kan også situasjonsbestemte faktorer tilsi at coachende ledelse settes til side som rettesnor der og da. Poenget er at coachende ledelse kan være en norm - et utgangspunktet som kan være regelen og ikke unntaket. Med andre ord, hvis situasjonen ikke tilsier noe annet, er det denne modellen som bør være førende i samhandlingen: Man trenger en spesielt kontekstuell grunn for å fravike idealene om coaching. En slik grunn har man selvsagt i en del situasjoner der kompetansenivåene er så ulike at coaching ikke kan benyttes (og det kan være andre begrensende faktorer), men det er ikke tilstrekkelig å påberope seg rett til å bestemme i kraft av å ha mest erfaring. Det må være en saklig grunn som kan formuleres som et reelt argument – i det minste i etterkant.

Det var nettopp denne mangelen på begrunnelse informantene i studien var opptatt av. De forsto at det noen ganger var nødvendig for mer kompetente kolleger å gå i front uten at det ble diskutert der og da. Problemet oppsto når rollefordelingen mellom kolleger systematisk ble for ensidig, og når dette aldri ble gjenstand for diskusjon. Det var da informantenes forventninger ikke passet med det de opplevde. Jeg har vist at ut fra et lederperspektiv, som også kan anvendes i uformelle lederrelasjoner – så er det nettopp coachende ledelse som passer med disse forventningene. Den formen for ledelse informantene etterlyste passer med idealene innen denne formen for ledelse.

Forstått på denne måten kan coachende ledelse, og mer generelt coachende praksis, være et nøkkelbegrep i systembaserte tiltaksprosedyrer for å unngå ubegrunnet kollegapaternalisme og undertrykking av kompetanse. Vi må ikke glemme at betegnelser og signalbegreper kan ha store føringer for praksis. Et forslag ville derfor være å bruke uttrykket coachende ledelse mer aktivt i det prehospitale miljøet. Det kunne fungere som en norm – som en tankevekker og øyeåpner – som kan gi tjenestene et felles fokus på viktigheten av å inkludere andre i gode kollegateam.⁸

Det ville selvsagt være naivt å tro at det å bruke coachende ledelse som begrep kan løse alle problemer rundt dårlig kollegasamarbeid. Men hvis det blir mer fokus på begrepet, kan man håpe at det også blir mer oppmerksomhet rundt ubegrunnet kollegapaternalisme. Det ville kunne bidra til at alle går i seg selv og tenker gjennom egne praksiser. Selvrefleksjon er ikke

⁸ Vi kan trekke en parallell til betegnelsen paramedic. Dette er ennå ikke en beskyttet tittel i Norge, men betegnelsen betyr mye i profesjonsmiljøene og etter hvert i befolkningen, som en profesjonsnorm.

noe garanti for selvutvikling, og dermed heller ikke for bedre samhandlingskompetanse. Men det å ha et kritisk forhold til egne handlingspraksiser er en *nødvendig* betingelse for videreutvikling av beredskap. Til syvende er det i hele samfunnets interesser at all kompetanse i de prehospitale tjenestene utnyttes og utvikles, og de viktigste personene er pasientene. Bare ved at den beste kompetansen kommer til uttrykk kan de operative enhetene gi pasientene den beste hjelpen personellet kan gi dem.

7. Konklusjon

Resultatene fra undersøkelsen er tentative. 40 personer er ikke et stort utvalg, og vi har ikke noe garanti for at funnene kan generaliseres. Men det faktum at en betydelig andel av informantene sa at de hadde opplevd undertrykking av kompetanse, utgjør god grunn til å tro at fenomenet er relativt utbredt og derfor bør tas på alvor. På det personlige planet rammer det hver enkelt, psykososialt og kompetansemessig. I et organisasjonsperspektiv går det utover teamarbeid, prestasjoner og organisasjonsmål. Til syvende og sist - og dette er selvsagt det viktigste - går det utover pasientene.

Jeg har understreket at i noen situasjoner er det helt legitimt å ekskludere andre fra beslutningsprosesser. Problemet oppstår når verdifull kompetanse undertrykkes i situasjoner der den ikke burde undertrykkes. For da er jo kompetansen der, og den kan komme til uttrykk som et verdifullt supplement til de ferdighetene andre på enheten har. Hvis ambulansepersonell ikke får handle ut fra eget kompetansegrunnlag får de heller ikke utviklet tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Ubegrunnet overstyring av kompetanse fører til stagnasjon og tilstivnede praksiser.

Å finne den riktige balansen mellom ulike former for styrende og deltagende samhandling handler om å velge kommunikasjonsstil. Jeg har brukt situasjonsbestemt ledelse som et teoretisk perspektiv som kan forklare hva dette innebærer. Ytterpunktene er instruerende og deltagende ledelse. De som overstyrer som en gjennomgående praksis bruker i realiteten den første modellen, men dette blir for ensidig som en generell norm. Informantene etterlyste på sin side deltagende praksiser, men dette blir også for unyansert som en standard modell. Noen ganger er det nødvendig å kommunisere kort og direkte.

Jeg har argumentert for at coachende praksis – en mellomting mellom instruerende og deltagende ledelse – passer bedre når personellet på en enhet er på ulike kompetansenivåer. Å coache en annen innebærer at vedkommende blir inkludert, og løftet kompetansemessig, på den måten situasjonen tilsier at det er mulig å gjøre. Et helt praktisk forslag ville derfor være å gi begrepet coaching mer oppmerksomhet i prehospitale tjenester. Hvis det ble mer bevissthet om at coaching ikke bare er noe ambulansepersonell i større eller mindre grad holder på med, men noe de *bør* holde på med, så kan det forhåpentligvis også bli mer fokus på viktigheten av å unngå ubegrunnet kollegapaternalisme.

Referanser

- Alvesson M, Schøldberg K (2012). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Arnulf J (2012). *Hva er ledelse?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Aubert A, Bakke M (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berg B, Lune H (2012). *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Pearson publishers.
- Blandhol S (2014). *Konfliktanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bowling A (1997). *Research methods in health: Investigating health and health services*. Buckingham: Open University Press.
- Buchbinder B, Shanks N (2012). *Introduction to health care management*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Colbjørnsen T (2004). *Ledere og lederskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ekeland T J (2014). *Konflikt og konfliktforståelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksen E O (1999). *Kommunikativ ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen J (2011). *Krise- og beredskapsledelse: Teamtrening*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Flick U (2002). *An introduction to qualitative research*. London: Sage publications.
- Føllesdal D, Walløe L (2003). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo:
- Gardner (1990). *On leadership*. New York: The Free Press.
- Grelland H, mfl. (2014). *Samarbeidets filosofi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hjertø K (2013). *Team*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hunter J (2007). Exploring managing for health. I: *Managing for health* (red. J. Hunter). London: Routledge.
- Jacobsen D., Thorsvik J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Lauvås P, Handal G (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Martinsen Ø (2010). *Perspektiver på ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molven O (2012). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ness E (2003). *Ta ledelsen: En innføring i sykehusledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neuman W L (2006). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston/MA: Pearson.
- Nordby H (2009). *Kommunikasjon og helseledelse*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- (2014a). *Etikk og kommunikasjon i ambulansearbeid: 101 eksempler*. Bergen: Fagbokforlaget.
 - (2014b). *Samhandling i prehospitalt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
 - (2015). Experienced challenges in prehospital management: Communication and cooperation in manager-employee interaction. *Journal of health management*, 17,1.
- Northhouse P (2013). *Leadership*. Los Angeles/London: Sage publications.
- Ringdal K (2010). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryen A (2002). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Schein E (1987): *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Libro forlag
- Sollid S (2010). Simulering og akuttmedisin. I: *Pasientsikkerhet* (red. K. Aase). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sævareid H (2014). Samarbeid som skranter. I: *Samarbeidets filosofi* (red. H. Grelland mfl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tagaard T (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Taylor J (1993). *Rethinking the theory of organizational communication*. Norwood, NJ: Ablex.
- Tveiten S (2005). *Veiledning – mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thompson G (2011). *Situasjonsbestemt ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wulff H, Pedersen S, Rosenberg S (2001). *Medicinsk filosofi*. København: Munksgaard.

Yukl G (2010). Å lede organisasjonsendringer. I: *Perspektiver på ledelse* (red. Ø Martinsen). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aadland E, Eide T (2008). *Etikkhåndboka*. Oslo: Kommuneforlaget.

Høgskolen i Lillehammer / Lillehammer University College
Postboks/P. O. Box 952, 2604 Lillehammer, Norway
Telefon/phone: (+47) 61 28 80 00

www.hil.no